UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1908 N°

INCISIONS ESTHÉTIQUES
THORACO-ABDOMINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Janvier 1908 à 1 heure

PAR

A. VÉZARD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Président . . . . M. SEGOND, *professeur.*

Juges. . . . . . MM. DELENS, *agrégé.*
Pierre DUVAL, *agrégé.*
OMBREDANNE, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé BROCA
Monsieur le Docteur BÉCLÈRE
Monsieur le Docteur DU CASTEL *(in memoriam)*

A MES MAITRES D'EXTERNAT ET D'INTERNAT DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur BAZY
Monsieur le Docteur CHEVALIER *(in memorian)*
Monsieur le Docteur DALCHÉ
Monsieur le Docteur DARIER
Monsieur le Professeur agrégé LEPAGE
Monsieur le Docteur SOUPAULT
Monsieur le Docteur BAZY
Monsieur le Docteur ROBINEAU
Monsieur le Professeur agrégé BONNAIRE
Monsieur le Docteur TISSIER
Monsieur le Professeur POIRIER *(in memoriam)*
Monsieur le Professeur agrégé CUNÉO
Monsieur le Professeur agrégé PROUST
Monsieur le Docteur MICHAUX
Monsieur le Docteur HERBET

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur agrégé MORESTIN, *Chirurgien des Hôpitaux, pour les conseils et le documents qu'il nous a donnés.*

A LA MÉMOIRE DE NOTRE MAITRE VÉNÉRÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR POIRIER

PRÉFACE

Forcément limité par le temps, nous avons pris comme sujet de ce travail, les incisions esthétiques dans la pratique de la chirurgie thoraco-abdominale.

Nous avons ainsi laissé de côté toute la chirurgie esthétique de la tête et du cou qui nous auraient demandé, vu l'importance de ces régions, un plus long développement.

Après un historique rapide de la question jusqu'en ces dernières années, nous indiquerons dans un chapitre relativement court les différentes raisons qui font que la chirurgie a besoin dans certaines régions de dissimuler autant que possible les stigmates de ses interventions, et les principes généraux qui président à son emploi.

Nous avons divisé la deuxième partie de ce mémoire en deux chapitres distincts : les opérations de la région thoraco-mammaire et les opérations abdominales.

Dans le premier nous avons étudié tout spécialement les incisions esthétiques susceptibles d'être employées dans l'ablation des tumeurs bénignes du sein et l'incision des abcès ; tout en montrant que ces différentes incisions à distance peuvent convenir à la cure de certaines lésions voisines.

Dans le second, après indications opératoires aussi nettement posées que possible, nous décrivons les petites incisions dans la cure radicale de l'appendicite, telle que la pratique depuis nombre d'années notre maître M. Michaux.

Nous essayons tout particulièrement de mettre en évidence non seulement la technique mais encore les avantages que peuvent en retirer les malades au double point de vue de l'esthétique et des suites opératoires.

Nous étudierons ensuite les incisions esthétiques dissimulées susceptibles dans certains cas et chez certains sujets de remplacer la laparotomie médiane sous-ombilicale : la petite incision cruciale cachée dans les poils du pubis convenant tout particulièrement aux hystéropexies, aux tumeurs pelviennes petites et non adhérentes, et la grande, moins employée que la première, et dissimulée non seulement dans la région pileuse pré-pubienne mais encore voilée latéralement dans les plis inguinaux, permettant un abord relativement facile des grosses tumeurs abdominales adhérentes ou non.

Enfin, nous avons consacré un dernier paragraphe aux incisions esthétiques dans la cure radicale des hernies inguinales et crurales chez la femme, et aux résultats encourageants que cette méthode nous avait donnés chez l'homme.

HISTORIQUE

Si nous consultons les auteurs, nous voyons que depuis les temps les plus reculés, les médecins de l'antiquité, les barbiers du moyen-âge et les chirurgiens des derniers siècles se sont préoccupés de rendre leurs cicatrices moins apparentes et de voiler ainsi plus ou moins les traces de leurs interventions. Pour suturer les plaies, les Grecs se servaient d'agrafes qu'ils appelaient « anktères » et, en les plaçant, Hippocrate de Cos s'appliquait à un affrontement aussi parfait que possible pour « éviter la difformité que donnent les cicatrices ». C'était aussi le souci esthétique qui animait Celse lorsqu'il préconisait le fer dans l'ouverture des abcès « afin, disait-il, que la cicatrice soit petite ».

Plus près de nous, au XIV^e^ siècle, Ambroise Paré écrivait : « il est nécessaire que les cicatrices ne demeurent laides, car certains craignent cet accident, principalement les belles damoiselles ».

Au début du XVIII^e^ siècle, Dionis, dans le but d'éviter une large cicatrice apparente fit à Monseigneur le Duc de Berry « une ouverture la moins grande qu'il était possible et autant proche de l'oreille que la tumeur le permettait ». Au XIX^e^ siècle, en 1851, Chassaignac fit une retentissante communication à la *Société de chirurgie* et présenta deux malades chez lesquels il avait pratiqué des sutures celluleuses dans le but de rendre moins visible la cicatrice. Il concluait que le nouveau mode de suture était moins douloureux, plus facile, plus rapide et donnait une cicatrice rigoureusement linéaire.

En 1900 notre maître, M. Michaux, présenta à la *Société de chirurgie* un nouvea mode de réunion des plaies par agrafes de Michel. Le procédé s'est rapidement vulgarisé, car si les résultats

favorables que donnent ces agrafes, tant au point de vue de la rapidité de leur application que de la beauté des cicatrices, les ont fait universellement employer.

Mais ce n'est que dans ces dernières années que des chirurgiens se sont vraiment préoccupés de l'esthétique en dissimulant leurs cicatrices. Dollinger de Bucarest essaya avec succès d'enlever des ganglions du cou par des incisions dissimulées dans le cuir chevelu.

C'est à M. Morestin que revient tout l'honneur des incisions dissimulées. Il n'est pas d'années depuis ses premières publications en 1899 qu'il ne présente aux diverses sociétés savantes les heureux résultats de sa méthode et qu'il ne préconise de nouveaux procédés.

Nous indiquerons plus loin la liste de ses nombreux travaux, en faisant, au début de leur étude respective, l'historique des différentes incisions esthétiques thoraco-abdominales.

DE L'ESTHETIQUE EN CHIRURGIE

« La chirurgie, enseignaient Hippocrate et Galien, est cette partie de la thérapeutique qui guérit par des incisions, des cautérisations et par d'autres opérations de la main ».

Cette définition est demeurée exacte, mais les modifications apportées par une étude plus parfaite de l'anatomie, une plus grande connaissance des moyens d'action rapide et sûre, ont permis d'évoluer et de se perfectionner pour ainsi dire, au génie chirurgical. Nous n'avons point perdu de vue le mot d'Ambroise Paré : « Refaire avant tout de la vie », mais comme à côté de l'instinct d'existence, s'affirme le besoin de beauté, nous avons été amenés, tout en guérissant, à respecter, chaque fois qu'il était possible, l'intégrité du corps et l'harmonie des formes.

La chirurgie a songé à perfectionner ses procédés opératoires au point de vue de la précision et de l'élégance et elle s'est efforcée, suivant l'expression de Morestin : « de joindre le succès esthétique au succès opératoire ».

Il ne suffit pas toujours que l'opérée ou l'opéré se sentent délivrés du mal qui les tourmentait. Il est possible, dans certains cas, de leur enlever jusqu'au souvenir des anciennes souffrances.

C'est pour cette raison que des chirurgiens ont établi comme principe de restreindre autant qu'on le peut le nombre et l'étendue des cicatrices.

Car ces tares indélébiles d'opérations passées, ne sont pas toujours causées par la nature même de la lésion qu'on a guérie ou par un état général pathologique. Ces balafres sont parfois le résultat du manque d'attention du chirurgien qui n'a pas su choisir la place de son incision, qui l'a pratiquée trop largement,

ou qui n'a pas apporté à l'affrontement et à la réunion toute l'attention désirable.

a) Le siège maladroit d'une incision vient, en effet, en première ligne parmi les facteurs de ces cicatrices vicieuses, d'un aspect si déplorable qu'elles semblent contester l'excellence du résultat. Qui n'a point été choqué en effet à la vue de cous sillonnés de cicatrices rougeâtres et étendues, consécutives à l'extirpation de ganglions. Une cicatrice, souvent chéloïdienne et bosselée, s'opposant aux plissements naturels de la peau dépare parfois de la façon la plus désagréable de jolies femmes. Et ce sont les femmes surtout qui souffrent de ces regrettables balafres. En effet, sollicitées davantage par le désir et le besoin de plaire, plus impressionnables aussi, elles reculent devant une trace de vaccin sur le bras ; et, chez certaines, nous avons vu ces « tares cicatricielles », comme dit Morestin, provoquer une véritable obsession. Elles tentent de les dissimuler, souvent elles ne parviennent pas à échapper aux questions indiscrètes sur « ce qu'elles ont eu là ? »... Elles racontent leur opération, l'exagèrent à plaisir, par besoin inconscient d'être intéressantes, d'apitoyer, puis finissent par croire leurs paroles exagérées et s'imaginent qu'elles ont été beaucoup plus atteintes.

Ces obsédantes pensées attirent les idées noires ; de là, à certaines névroses, il n'y a qu'un pas.

b) Dans d'autres cas, le chirurgien, soit pour aller plus vite, soit sous le prétexte d'y voir plus clair n'hésite pas à pratiquer des « ouvertures énormes ». Il balafre les ventres et crible les seins qu'il transforme en écumoires. Sous l'influence d'une répulsion très fréquente, l'entourage du malade peut être alors désagréablement impressionné, dégoûté même, en présence de ces cicatrices. On cite l'histoire navrante d'un modèle repoussé de tous les ateliers à la suite d'une appendicite trop largement incisée.

Des parents aveuglés par la pensée d'une marque cicatricielle peuvent redouter de confier leurs enfants au chirurgien. Ils préfèrent essayer les onguents, les pommades, attendre que « l'âge venant, il emporte le mal ». Pendant qu'ils s'attardent, le danger

de l'infection s'accroît. Des jeunes filles peuvent être forcées de renoncer à un mariage à cause d'un cou balafré. Le préjugé qui attache l'importance d'une tare à toute cicatrice est encore très vivace dans certains milieux. « Sait-on au juste quelle maladie c'était ? » dit la phrase populaire.

Chez les femmes, en général, on trouve cette crainte parfois morbide, d' « être opérée », crainte justifiée d'ailleurs par leur rôle dans le monde. « Elles ne savent pas, elles ne veulent pas enlaidir », a dit un auteur contemporain. Mais n'a-t-on pas vu une cicatrice difforme briser la carrière d'une comédienne, d'une danseuse, ou, comme je le disais plus haut, provoquer de graves troubles nerveux. Chercher remède à ces inconvénients devient une sorte de charité, doublée d'un sentiment de satisfaction naturel quand l'opérateur a pu réussir.

L'appréhension du malade diminue. Il se sent moins effrayé par une intervention n'entraînant pas de difformité physique consécutive.

L'opérateur à son tour, est largement récompensé à mesure que diminue le nombre autrefois si grand des stigmates de son bistouri.

Une incision petite, aux lèvres soigneusement affrontées, constituant une cicatrice linéaire, invisible parmi les replis de la peau ou sous les poils, ne réalise-t-elle pas, d'ailleurs, le but essentiel de notre tâche : rendre le plus possible de vie, extirper toute trace de mal dans les organes, en conservant au corps la beauté extérieure qui semble une des manifestations de la santé ?

La recherche de l'esthétique en chirurgie a donc pour but d'obvier à ces déplorables résultats. Mais cette préoccupation de guérir sans défigurer suppose un tel perfectionnement dans les moyens d'agir qu'elle ne pouvait être permise qu'à notre époque. Certains ont même prétendu que l'idée d'esthétique chirurgicale était née de ce qu'on pourrait appeler le confort chirurgical. Aujourd'hui, en effet, le chirurgien est libre des inquiétudes qui entravaient ses efforts autrefois. Au temps des bistouris et des pansements septiques, au temps des suppurations interminables, on ignorait la cicatrisation par première intention, maintenant

en principe, il n'y a plus d'accidents post-opératoires. Les pinces et la ligature aseptique nous assurent une hémostase parfaite et suppriment les hématoses lentes à se résorber et amenant les infections secondaires. Nous avons les aiguilles les plus fines, les soies et les crins les plus fins, des agrafes métalliques pour les sutures superficielles ; pour les sutures profondes, faites plan par plan, des catguts de volume variable. L'anesthésie, enfin, permet d'opérer avec tranquillité sur un malade qui ne réagit pas.

C'est ainsi que le chirurgien possédant en outre une technique opératoire précise pourra, « dans certaines opérations et sur certains sujets », réaliser les incisions esthétiques.

L'opération, plus longue, plus laborieuse ne sera bien, entendu, jamais entreprise si elle doit présenter un danger nouveau pour le malade. Donc, plus de soins, plus de minutie et plus de patience, une observation plus scrupuleuse de l'importance et de l'étendue du mal peuvent éviter des mutilations, toujours désagréables pour l'amour-propre de l'opérateur et la tranquillité du malade.

Quels sont donc maintenant les moyens par lesquels on peut arriver au double but que se propose le chirurgien esthétique ?

I. — Tout d'abord on peut établir comme principe de réduire au minimum les dimensions de toute incision. C'est ainsi que dans des cas d'appendicite parfaitement refroidie, exempte de tout phénomène d'inflammation, on pourra extirper l'appendice à l'aide d'une incision longue, tout au plus, de 2 à 3 centimètres.

II. — On s'appliquera à rendre l'affrontement des bords de la plaie aussi exact que possible, le chirurgien arrivant ainsi à assurer presqu'immédiatement la solution de continuité cutanée. Comme l'a dit le maître Ranvier, « les cellules profondes de l'épithélium étant à l'état de tension, comme des billes molles et élastiques comprimées dans un sac », il suffit de rapprocher les deux lèvres avec la plus scrupuleuse exactitude pour permettre la multiplication et le glissement cellulaire, qui formera plus tard le tissu de la cicatrice.

Notre maître regretté, le professeur Poirier, que hantait le

souci esthétique en toute chose, insistait tout particulièrement sur les soins que le chirurgien doit apporter à ses sutures, et il ne cessait de le répéter à ses élèves.

En pratiquant avec soin la suture dermique, il arrivait à avoir des cicatrices régulières, linéaires qui s'effaçaient avec rapidité : chez certaines personnes particulièrement adipeuses, un surjet au catgut n° 0 sur le tissu graisseux, favorisait la réunion des lèvres de l'incision.

Nous avons vu des chirurgiens, tels que M. Ombrédanne, pratiquer sur la peau un surjet au catgut n° 0, donnant des cicatrices aussi parfaites que possible. Enfin, ces années dernières, les agrafes de Michel ont permis de pousser plus loin encore le souci de l'esthétique des plaies. Mais pour qu'elles remplissent vraiment le but qu'elles se proposent, il est nécessaire de les enlever le 4e ou le 5e jour. Si on dépasse ce laps de temps, elles déterminent le sphacèle des téguments à leur point d'application.

Le maintien de l'intégrité des formes extérieures doit être poursuivi dans la plus grande mesure possible.

Il est certainement plus facile, plus commode, beaucoup plus rapide même d'inciser largement les tissus pour atteindre le point de l'organisme lésé. Cependant nous avons sous les yeux les traces trop barbares de certaines interventions chirurgicales, pour ne pas essayer de respecter davantage l'harmonie du corps en lui conservant sa conformation primitive. Dans l'extirpation de tumeurs bénignes du sein, par exemple, nous avons constaté souvent de longues balafres sillonnant la glande tantôt en hauteur, tantôt en largeur. L'opérée se retrouve avec une poitrine mutilée, un sein balafré et irrégulier. L'expression pittoresque de « sein en écumoire » se trouve ainsi pleinement justifiée. En présence de tumeurs semblables, M. Morestin a cru pouvoir pratiquer l'extirpation par des incisions dissimulées à distance et conserver ainsi, par les procédés indiqués plus loin, l'aspect esthétique de l'organe.

L'idée de guérison n'implique pas forcément celle de destruction. Il semble, au contraire, qu'il y ait un grand progrès à vouloir que le mal, une fois disparu, il ne persiste presque aucune

trace de son passage ; la cure véritable est celle qui rapproche davantage de l'état naturel.

Ce n'est pas en zébrant à plaisir, un sein d'entailles visibles qu'on empêchera la récidive de ces tumeurs bénignes qui ne demandent qu'à guérir.

Si l'appendice est enlevé par une incision minuscule, le malade n'aura qu'à y gagner, non seulement au point de vue esthétique, mais encore au point de vue de la durée de sa convalescence et de la solidité de sa paroi.

Différents auteurs se sont préoccupés, ces années dernières, de lutter contre les balafres, et de substituer aux larges émissions des collections purulentes, des ponctions moins dévastatrices. Il y a quelques mois, nos collègues Chirié et David ont obtenu par les ponctions de collections purulentes du sein suivies d'injections d'argent colloïdal, des résultats appréciables et encourageants. Mais il est bien entendu que si de simples ponctions, dans des cas déterminés, peuvent apporter une guérison définitive de certains abcès, elles sont à rejeter dans la majorité des cas, et qu'une incision large et profonde s'impose de toute nécessité.

C'est pourquoi, au lieu de pénétrer directement, d'aborder de front la région lésée, la chirurgie esthétique emploie des chemins détournés pour arriver au siège du mal. Elle ne recule devant aucun effort laborieux pour atteindre son but : dissimuler tant qu'il est possible la cicatrice.

Pour cela :

a) Elle tente d'aborder la lésion par les cavités naturelles, elle arrive aux ganglions sous-maxillaires par la bouche, elle pratique également par la fosse canine la trépanation du sinus maxillaire. Dans le même but elle s'efforce de parvenir sans dommage cicatriciel apparent jusqu'au nerf sous-orbitaire ou au nerf mentonnier pour les réséquer dans les cas de névralgie faciale rebelle.

Du côté de l'abdomen, elle utilise la voie vaginale dans l'extirpation de certaines tumeurs pelviennes, sans infliger aux opérées la trace indélébile d'une cicatrice énorme, étendue de l'ombilic à la symphyse du pubis.

b) A côté de ces cas où il est possible d'éviter l'incision, la chirurgie esthétique doit tirer parti des plis de la peau qui serviront à dissimuler les cicatrices. S'agit-il d'une tumeur du sein, nous pouvons nous servir du sillon sous-mammaire. La cicatrice est voilée naturellement et masquée par la masse de la glande qui tombe plus ou moins. De même on peut se servir du sillon rétro-auriculaire ou du sillon sus-pubien pour aborder les lésions voisines.

c) Les régions pileuses sont également favorables aux résultats esthétiques. Sur ces parties du corps qu'on rase avec soin au moment de l'opération, les poils repoussent pour ainsi dire en même temps que se constitue la cicatrice. La malade une fois guérie, la cicatrice est invisible, noyée au milieu des poils.

C'est ainsi que le cuir chevelu peut être indiqué comme l'a fait Dollinger pour dissimuler certaines extirpations de ganglions du cou haut situés. En incisant dans les poils de l'aisselle, Morestin a dissimulé ses cicatrices dans l'extirpation des tumeurs bénignes du sein, développées dans tous les lobes de la glande.

La technique est, bien entendu, plus délicate que lorsqu'on se contente de pénétrer directement dans la tumeur.

La laparotomie cruciale dissimulée dans les poils du pubis pourra elle aussi donner des résultats satisfaisants.

D'ailleurs, à part la difficulté de leur technique, ces incisions n'offrent aucun danger nouveau et elles peuvent même présenter d'autres avantages que le résultat estéthique qu'on désire. Une incision minime en effet expose au contact de l'air une moins grande surface de tissus. Et si l'opération est plus longue, l'habitude de protéger son champ d'opération de compresses stériles, éloigne toute crainte d'infection microbienne.

D'autre part, on peut perfectionner certains instruments en vue de favoriser ces procédés. Le doigt s'habitue à évoluer avec sûreté et exactitude dans un orifice restreint.

D'ailleurs nous évitons soigneusement d'appliquer cette méthode à toutes les opérations chirurgicales.

Les interventions dites chirurgicales esthétiques ne seront jamais que des « traitements d'exception » dans le but d'éviter

la tare cicatricielle chez les malades auxquels nous l'avons vue causer des préjudices graves. Mais, quel que soit le cas, si au cours d'une opération entreprise avec l'idée d'un résultat esthétique, le chirurgien s'aperçoit *qu'il est nécessaire d'y voir plus clair et plus largement*, il ne doit pas hésiter.

Il faut alors débrider aussi largement que la lésion l'exige, soit pour que le drainage d'une collection purulente se fasse avec plus de facilité, soit pour pratiquer une extirpation plus complète. Il faut que l'incision esthétique puisse toujours suffire pour assurer la cure totale, la cure radicale de la lésion qu'elle se propose d'atteindre.

C'est ce qui nous permet de répéter encore ce mot « traitement d'exception ». Nous l'appliquions tout à l'heure à la catégorie de malades auxquels il importe de conserver intègre la beauté extérieure de leur corps ; nous le reprenons dans un sens plus large. Cette méthode ne vise en effet que les affections susceptibles de disparaître après une incision qu'on peut dissimuler et de dimensions restreintes.

Si nous pouvons extirper des tumeurs bénignes par une incision minime, dissimulée dans les poils de l'aisselle, nous ne pourrions que traîner aux gémonies un chirurgien qui ferait relever un cancer d'une opération esthétique et qui ainsi sacrifierait la vie de sa malade à un résultat esthétique qui ne durerait que quelques semaines.

Dans ces cas où toute intervention incomplète expose à une récidive mortelle, le diagnostic une fois posé, nous n'avons plus le droit de choisir.

De même en chirurgie abdominale : dans les cas de grosses hernies irréductibles, il faut souvent pratiquer des incisions assez larges et remonter très loin pour assurer une solidité complète de la paroi.

La méthode esthétique peut donc se synthétiser ainsi : *ne plus déformer, ou déformer le moins possible, en guérissant avec succès.*

Cette restriction bien établie, la chirurgie esthétique ne doit pas trouver de contradicteurs.

PREMIERE PARTIE

CHIRURGIE ESTHETIQUE THORACO-MAMMAIRE

Sein

Les seins ne sont pas seulement des glandes nourricières, ils représentent encore le symbole amoureux de la femme, et les hommes du xx^e^ siècle n'ont pas changé depuis Calchas qui, tout en possédant deux coûpes moulées sur les seins de la belle Hélène ne pouvait se consoler d'avoir perdu le superbe et double modèle qui les avait fournies. De tout temps les artistes se sont plus à glorifier les seins dans la dureté de la pierre, le poli du marbre, l'éclat de la peinture : tantôt se dressant orgueilleusement nus, tantôt chastement voilés. A notre époque plus qu'à toute autre, dans un certain monde, le décolletage a pris droit de cité. Non seulement au Théâtre, mais encore dans les soirées, les réunions intimes, c'est une coutume, une mode pour les jeunes filles et même pour les femmes déjà mûres d'exposer aux regards leur gorge et la partie supérieure de leur poitrine.

Il était donc naturel pour les chirurgiens d'essayer de dissimuler autant que possible les traces de leurs interventions si fréquentes dans cette région. M. Morestin s'y est tout particulièrement appliqué, et la chirurgie esthétique du thorax et de la glande mammaire lui est redevable de ses meilleurs procédés.

Qu'il nous suffise de citer à titre de curiosité l'observation suivante que nous empruntons à M. Morestin. Plus que toute autre elle pourra convaincre de l'excellence de la méthode et des heureux résultats qu'elle peut donner.

Observation 1. — Difformité causée par une luxation et une fracture anciennes de la clavicule, guérie par la résection des deux tiers internes de cet os (observation de M. Morestin. *Société de Chirurgie*), 28 juin 1899. — Cette pauvre femme ne pouvait décemment montrer ses épaules, car, au niveau de la clavicule droite, on voyait deux saillies d'un effet disgracieux. L'une répond à la partie moyenne de l'os ; c'est le cal d'une ancienne fracture. L'autre est formée par l'extrémité interne de la clavicule, sortie de son encoche sterno-costale et mobile sous les téguments. Il y a donc une luxation habituelle de l'extrémité interne de la clavicule. On peut, sans grande difficulté, réduire l'extrémité osseuse déplacée, mais cette réduction est incomplète, et au moindre mouvement la clavicule reprend sa position anormale. Les téguments soulevés à ce niveau ont fini par se modifier ; il y a comme un petit durillon sur le point le plus élevé de cette saillie. L'épaule droite est légèrement abaissée et rapprochée du plan médian. Chaque fois que le moignon de l'épaule est porté en arrière ou élevé directement, le déplacement s'exagère. En outre, si la malade ne souffre pas à proprement parler, elle éprouve une gêne assez pénible toutes les fois qu'elle veut s'occuper, et se servir de la main droite pour soulever un objet. Mais, à vrai dire, la malade prendrait son parti de ces derniers ennuis s'il n'y avait pas ces deux saillies visibles et d'un aspect fort désobligeant. Plusieurs chirurgiens ont déjà examiné Mme S... et lui ont conseillé les uns de ne rien faire, les autres de se laisser suturer la clavicule au sternum. Elle a pensé que ne rien faire était insuffisant ; et cependant cela eut encore mieux valu, car, en admettant qu'on eut mis par la suture la luxation dans l'impossibilité de se reproduire, cette intervention n'aurait modifié en rien la saillie formée par le cal.

Après avoir examiné Mme S..., il me parut, en effet, qu'un résultat imparfait était inutile, et qu'il fallait tout ou rien. D'autre part, pour agir sur l'articulation sterno-claviculaire, il était indispensable de pratiquer une incision, précisément dans la région que Mme S... voulait rendre visible. Cette opération de fixation de la clavicule au sternum s'annonçait d'ailleurs comme assez laborieuse ; car la réduction ne s'effectuait que d'une manière incomplète. Il aurait fallu soit diminuer l'extrémité claviculaire, soit creuser davantage l'encoche sterno-costale avant de forcer les extrémités osseuses et d'y placer des fils. Du reste, le résultat aurait-il été satisfaisant au point de vue fonctionnel ? Quand après avoir réduit aussi complètement que possible l'extrémité interne de la clavicule, on essayait de la maintenir par la pression pendant les mouvements du bras, il arrivait que le doigt était repoussé violemment et que l'os reprenait instantanément sa position anormale, à moins que cette pression ne fut considérable. Si, en appuyant très fort, on réussis-

sait à maintenir en place l'extrémité claviculaire, les mouvements de l'épaule perdaient notamment de leur ampleur.

Je m'arrêtai au projet de supprimer les deux tiers internes de la clavicule, et de faire disparaître à coup sûr les deux éléments de la difformité ; mais il ne fallait laisser aucune cicatrice apparente et obtenir une restauration parfaite des formes, sans toutefois compromettre en rien les mouvements du membre supérieur. Après quelques essais sur le cadavre, je procédai de la manière suivante, le 5 avril 1898.

Une petite incision de 4 à 5 centimètres est pratiquée, perpendiculairement à la clavicule, à l'union de ses trois quarts internes et de son quart externe.

L'incision est ainsi reportée en dehors, pour que sa trace, si peu visible qu'elle soit, puisse être plus tard aisément dissimulée sous la bande d'étoffe qui couvre l'épaule, même dans les toilettes très décolletées. Elle est faite verticale pour être encore plus facile à cacher, et aussi parce que cette direction permet d'obtenir avec la plus petite étendue, les plus grandes commodités pour l'opération que je me propose d'effectuer. De fait, cette petite incision a été très suffisante pour mener à bien toute l'intervention. La peau et le peaucier étant traversés, la clavicule est dénudée avec la rugine courbe, en un point correspondant à l'union de son tiers externe et de ses deux tiers internes. L'os ainsi mis à nu sur toute sa circonférence, à l'aide d'une aiguille mousse et malléable, une scie à chaîne est passée sous sa face profonde. La clavicule est sciée en quelques instants, un davier introduit dans la plaie saisit le bout interne et l'attire en avant ; la rugine le dépouille de sa gaine périostique ; il est attiré peu à peu à l'extérieur par la plaie, la souplesse des téguments permettant de déplacer considérablement vers la ligne médiane cette boutonnière faite à la peau. Quand la dénudation est effectuée jusqu'au voisinage de l'extrémité interne, un mouvement de torsion est exécuté de manière à rompre les dernières attaches de la clavicule à sa partie interne. Enfin le fragment est extrait de sa gaine périostique, l'hémorragie est à peu près nulle ; il n'y a pas de ligature à faire. Il reste à refermer la petite plaie ; la suture est faite à points séparés à l'aide de soie très fine et d'une aiguille mince, cheminant pour ainsi dire dans l'épaisseur du derme. On peut constater que le résultat immédiat est fort beau et qu'il n'y a pas au niveau de l'os enlevé la dépression que l'on aurait pu craindre. Toutes les parties molles agencées autour du fourreau claviculaire ont conservé leur aspect habituel. Il ne manque que les deux saillies disgracieuses. Le bras a naturellement tendance à tomber ; il est maintenu par un bandage approprié, élevant le coude et prenant point d'appui sur l'épaule du côté opposé.

Les suites opératoires ont été d'une extrême simplicité. Il n'y a eu ni fièvre, ni douleurs, ni malaise d'aucune sorte.

Les fils ont été enlevés au septième jour. La réunion était parfaite, et toute la région indolente et souple. Un peu de sang s'était épanché dans l'étui périostique de la clavicule extirpée, et reproduisait presque l'ancienne déformation, au point que les personnes qui entouraient l'opérée crurent d'abord que l'on n'avait rien enlevé. La résorption de cet hématome remplissant la gaine claviculaire s'est effectuée très rapidement.

J'avais d'abord pensé à faire porter pendant quelque temps une sorte d'appareil, pour empêcher le membre supérieur de s'abaisser. Mais, dès les premiers jours, je reconnus avec satisfaction que cette précaution était inutile, car la malade au bout de très peu de temps avait retrouvé la faculté d'élever elle-même le moignon de l'épaule et de l'amener à la hauteur normale. En outre, dès le vingtième jour, tous les mouvements du membre s'effectuaient sinon avec une parfaite aisance, du moins de manière à faire espérer qu'il se rétablirait complètement dans un délai très court. Le résultat dépasse encore les espérances : La restauration de la forme est irréprochable ; la cicatrice, linéaire, est déjà à peine visible. Sur la figure on a accentué la trace pour montrer la direction de l'incision et de son étendue. Elle s'efface chaque jour et, l'opérée, avec un peu de fard, s'arrange de façon à ce qu'on ne puisse même pas en soupçonner l'existence. Les deux acromions sont à la même hauteur et à une égale distance de la ligne médiane. Tous les mouvements du membre supérieur s'exécutent sans gêne ni fatigue et avec l'amplitude normale. Dans la gaine périostique conservée a pris naissance une production osseuse qui présente à peu de chose près la forme d'une clavicule ordinaire. Deux petites irrégularités de cette pièce osseuse sont dirigées en haut et perdues dans les parties molles du cou. Il faut une palpation attentive pour en reconnaître l'existence. La clavicule nouvelle paraît avoir conservé une certaine mobilité sur ce qui reste de l'ancienne ; mais cette espèce de pseudarthrose, d'ailleurs très serrée ne contrarie en rien le bon fonctionnement du membre supérieur.

Mais c'est surtout au niveau des seins que la chirurgie esthétique donne ses meilleurs résultats ; c'est cette chirurgie que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre.

De la chirurgie esthétique du sein relèvent tout particulièrement l'extirpation des tumeurs bénignes et l'incision des abcès.

I. — Tumeurs bénignes du sein

D'une façon générale toute tumeur bénigne du sein peut et doit relever d'une incision esthétique.

Il n'est point de ces tumeurs en effet qui ne puissent être avec une facilité relative extirpées par une incision minime pratiquée à distance. Deux régions voisines s'offrent pour les dissimuler : le creux de l'aisselle en haut et en dehors et le sillon sous-mammaire en bas.

A première vue on pourrait établir pour principe que toutes les tumeurs bénignes qui siègent au niveau du pôle supérieur du sein et en dehors relèvent de l'incision supérieure dissimulée, axillaire, et que toutes les tumeurs du pôle inférieur et des lobes internes relèvent de l'incision inter-thoraco-mammaire.

En réalité le sein présente une extrême mobilité. Il est facile de le faire glisser sur le plan costal, d'agripper la tumeur au moyen d'une pince, de la libérer et de l'enlever, quel que soit son siège. Il est peut-être plus logique et plus pratique d'établir pour principe d'aborder toutes les tumeurs bénignes par la voie axillaire chez les femmes dont les seins de volume restreint pointent en avant, et découvrent leur pôle inférieur, et de réserver la voie inférieure chez les femmes présentant des seins volumineux et naturellement plus ou moins tombants. La cicatrice, recouverte par les poils dans le premier cas, est voilée dans le second par la masse mammaire.

D'autre part le drainage, de rigueur dans ces sortes d'interventions sur le sein, se fait avec plus de facilité par l'incision sous-mammaire ; les exsudats sanguins et séreux obéissant aux lois de la pesanteur se collectent et s'évacuent plus facilement au point déclive. Mais dans l'incision sous-mammaire la cicatrice est toujours plus visible que la première : d'autre part elle présente rarement les attributs d'une belle cicatrice, elle est en effet le plus souvent dure, irrégulière, bosselée, cheloïdienne en un mot, et blanchit lentement. C'est un fait d'expérience qu'il est difficille d'expliquer.

La facilité d'extirpation des différentes tumeurs bénignes du sein par l'une ou l'autre de ces voies est le plus souvent subordonnée à leur constitution histologique. Un adénofibrome est en principe d'autant plus facile à extirper par ces voies indirectes, qu'il offre plus de prise à la traction qu'on est obligé d'exercer sur lui.

Il se laissera plus facilement amener qu'une tumeur kystique ou qu'un adéno-myxome, tumeurs liquides ou molles sur lesquelles il est difficile de prendre un solide point d'appui.

Mais il est bien entendu que ces incisions dissimulées et pratiquées à distance ne donnent que peu de jour, qu'elles sont uniquement réservées aux tumeurs qu'un examen minutieux aussi complet que possible aura fait considérer comme telles, c'est-à-dire, aux tumeurs parfaitement limitées, mobiles sur les plans superficiels et profonds, sans retentissement ganglionnaire enfin. Les autres tumeurs, en effet, désignées sous le nom de tumeurs malignes, sont des néoplasmes dangereux, provoquant fatalement la mort, et qui exigent une extirpation aussi précoce et aussi large que possible, dans laquelle l'esthétique ne doit pas compter.

Historique. — L'incision pratiquée dans le sillon sous-mammaire a été pratiquée depuis longtemps par nombre de chirurgiens que hantaient le souci et le désir de conserver aux seins toute leur beauté. Mais c'est à M. Morestin que revient le mérite d'avoir érigé en principe ces sortes d'incisions toutes les fois qu'elles étaient indiquées et possibles. C'est à lui que revient tout l'honneur de l'incision dissimulée dans les poils axillaires. Au milieu d'une certaine indifférence il en présenta, il y a quelques années, les premiers résultats heureux, à la « Société anatomique » et à la « Société de chirurgie ». Mais depuis, tous les chirurgiens soucieux d'associer l'agréable à l'utile, ont adopté ses idées et sa manière de faire.

Technique de l'incision axillaire dissimulée. — L'incision axillaire est d'autant mieux cachée qu'elle est voilée non seulement par la touffe de poils du creux de l'aisselle, mais encore par le bord inférieur du muscle grand pectoral qui la borde en

avant. Dans la description de ce procédé, nous suivrons pas à pas l'enseignement de M. Morestin.

La veille de l'opération il est bon de raser avec soin le creux axillaire, d'en faire avec les moyens ordinaires, une désinfection aussi minutieuse et aussi complète que possible et d'y appliquer un pansement antiseptique jusqu'au moment de l'intervention. L'anesthésie générale est de rigueur. Le membre supérieur est à angle droit avec le tronc, en demi-pronation, et soutenu par un aide.

Le bistouri tenu verticalement fait une incision de 3 à 5 centimètres immédiatement en arrière du bord inférieur du grand pectoral dans la partie antérieure de la zone pileuse qu'elle ne dépasse pas en bas. La peau étant sectionnée on se met en devoir de creuser un petit tunnel qui réunit l'incision à la tumeur que l'on doit extirper. Ce travail est singulièrement facilité par la laxité du tissu cellulaire de la région. Le bistouri glissé à plat sous la lèvre interne de l'incision sectionne les quelques travées fibreuses qui réunissent le derme à l'aponévrose profonde, et glissant ainsi petit à petit arrive jusqu'au contact de la tumeur. D'ailleurs les doigts de la main gauche suivent sous la peau la marche progressive du bistouri et contribuent ainsi à le guider. En allant lentement et avec prudence le décollement se poursuit et le bistouri a bientôt fini de creuser un véritable tunnel.

L'index droit introduit alors entre les lèvres de la plaie, l'agrandit doucement, progressivement et crée ainsi une voie de dimensions suffisantes pour permettre l'extirpation de la tumeur. C'est alors que la main gauche saisissant le sein à pleine main le pousse fortement en haut et en dehors du côté de la cavité axillaire, et essaye de le luxer pour ainsi dire en dehors. Entre le pouce et l'index on saisit la tumeur et on l'immobilise : une pince de Museux est introduite dans la profondeur, reconnaît la tumeur et l'agrippe. La tumeur étant ainsi saisie il est facile d'en inciser la capsule et d'essayer de l'énucléer. Petit à petit on la libère du bout des doigts ou de la pointe des ciseaux, et on l'amène au dehors. Elle n'est plus retenue alors, dans la majorité des cas, que

par un petit pédicule ; il est plus prudent d'y placer une petite ligature et de le sectionner immédiatement au-dessous.

Comme nous l'avons vu plus haut le sein se meut avec facilité sur l'aponévrose du grand pectoral, et la situation de la tumeur en bas et en dedans n'est point une contre-indication pour l'emploi de cette méthode. Dans un cas de Morestin la tumeur siégeait à 15 centimètres de l'incision axillaire. Dans un cas personnel nous avons pu sans difficulté vraiment sérieuse aborder et enlever dans toute son intégrité un adénome kystique du pôle inférieur de la glande.

L'hémorragie qu'au premier abord on pourrait croire abondante est réellement insignifiante.

Dans la majorité des cas on ne sectionne que des veinules sans importance et qui donnent à peine. Si par hasard on sectionne un vaisseau qui ne peut être que minime dans cette région, une simple compression, ou même un petit tamponnement du tunnel en a vite raison. La glande elle-même saigne peu ; certains auteurs en ont préconisé le capitonnage dans le but de prévenir l'hémorragie. C'est une complication d'une exécution difficile, par une incision minime, et qui ne semble guère avoir d'utilité, surtout si, comme nous avons l'habitude de le faire, on pose sitôt la tumeur extériorisée une ligature sur le pédicule plus ou moins volumineux qui la réunit à la glande. Mais, qui dit absence d'hémorragie, au sens propre du mot, ne dit pas absence de suintement sanguin et séreux. En effet dans les quelques heures qui suivent l'intervention, ce suintement est assez abondant, et la présence d'un drain est de toute nécessité.

Nous employons un drain petit et long qu'on introduit jusqu'au fond de la plaie. On évitera ainsi un hématôme lent à se résorber et susceptible de s'infecter secondairement. Deux points au crin de Florence sont placés sur les lèvres de l'incision laissant tout juste, le passage du drain. On applique enfin un pansement compressif sur le sein. Un simple bandage de corps serré par des mains énergiques pourrait à la rigueur suffire ; il est plus simple et plus pratique de placer de grandes bandes élastiques

de crêpe Velpeau ou similaire qui donneront une compression suffisante pour éviter tout hématôme.

Outre le reproche injustifié qu'on a fait à cette méthode de donner lieu à une hémorragie abondante et difficile à arrêter, on a pu dire que c'était une opération aveugle, que le bistouri et la pointe des ciseaux coupaient à l'aventure et sans méthode. Cette critique nous semble plus injustifiée encore que la précédente. Nous avons vu en effet que le bistouri est glissé à plat sur la face profonde des séguments et que les doigts de l'autre main le guidaient continuellement, et restaient toujours à son contact. D'ailleurs que craindre dans cette région où ne passe aucun organe important, aucun vaisseau, aucun tronc nerveux.

Il est bon de changer le pansement le lendemain du jour de l'intervention et de pratiquer tous les jours une expression minutieuse du sein. Lorsque le suintement aura disparu complètement, c'est-à-dire vers le troisième jour, on enlèvera le drain.

Les résultats ainsi obtenus sont peut-être les plus remarquables qu'ait obtenu la chirurgie esthétique. Le sein conserve sa forme ; aucune balafre ne le dépare et les poils en repoussant recouvrent complètement la cicatrice.

Observation 1 (Personnelle). — Extirpation d'une tumeur bénigne du sein fibro-kystique par l'incision dissimulée axillaire. — Mme D., âgée de 42 ans, entre au mois de novembre 1907, salle Laugier n° 7, pour une grosseur qu'elle s'est découvert le mois dernier au niveau du pôle inférieur du sein gauche.

Ne présente aucun antécédent intéressant personnel et héréditaire.

A eu 7 enfants élevés au sein. Tous actuellement bien portants.

Il y a cinq semaines, en faisant sa toilette, elle s'est aperçue par hasard d'une grosseur siégeant au niveau de la partie inférieure du sein gauche. Elle se sert pendant quelques semaines de pommades soit disant résolutives : la tumeur reste stationnaire. La malade entre pour se faire opérer.

On constate actuellement au niveau de la partie inférieure et interne du sein une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dure, mobile, non adhérente aux plans superficiels et profonds et sans retentissement ganglionnaire.

Opération le 6 novembre. — Incision de 3 cent. environ au milieu de la zône pileuse axillaire, en arrière du tendon du grand pectoral. — Au bistouri on creuse un véritable tunnel jusqu'au contact de la tumeur.

On l'agrippe avec une pince et on la libère progressivement avec les ciseaux. L'extirpation a duré 10 minutes. Drainage.

Guérison sans incidents. Au point de vue esthétique le résultat est parfait. L'incision est absolument imperceptible et le sein a gardé sa forme dans toute son intégrité.

Observation 2 (M. Morestin. *Congrès de Chirurgie*, 1902). — Mme A.... est entrée à l'hôpital St-Louis (Isolement n° 18), le 21 mai 1902. Elle était atteinte d'une tumeur du sein droit, reconnue fortuitement quelques semaines auparavant. Tumeur du volume d'une petite noix, occupant la partie externe et inférieure de la glande, comme l'indique le cercle pointillé de la figure ci-jointe. Il s'agissait d'une production manifestement bénigne, la tumeur, arrondie, dure, étant bien limitée, sans adhérence cutanée ni profonde, et très mobile au milieu des tissus ambiants.

Il n'y avait aucun écoulement par le mamelon, pas d'adénopathie axillaire ; la lésion était indolente. Enfin la santé générale ne laissait en rien à désirer.

Mme A..., encore toute jeune et n'ayant jamais eu d'enfant, avait une poitrine magnifique, sculpturale, et la perspective d'une cicatrice la chagrinait considérablement. Son appréhension me semblait trop justifiée, pour ne pas saisir cette occasion d'appliquer un plan opératoire dès longtemps arrêté en prévision d'une circonstance de ce genre. Je pris donc le parti d'extirper la tumeur par une toute petite incision axillaire haute, en creusant entre elle et la mamelle un trajet sous-cutané où je pourrais donner issue au néoplasme. C'est ce qui fut fait le 24 mai. Je pratiquai une incision de 6 centimètres dans le creux de l'aisselle, débordant en dedans d'un centimètre le territoire pileux, le reste étant compris dans ce territoire, et cheminant au voisinage de sa limite antérieure. La peau traversée, je me mis à creuser le tunnel qui devait me conduire vers la mamelle d'abord et la tumeur ensuite. Comme je le fais d'ordinaire dans les larges décollements dont je fais un usage courant en chirurgie autoplastique ou esthétique, je me mis à libérer les téguments, suivant leur face profonde à l'aide d'un bistouri glissé à plat sous la lèvre antérieure de l'incision, puis avec des ciseaux manœuvrant dans l'épaisseur du pannicule adipeux, me dirigeant par le plus court chemin, c'est-à-dire obliquement en bas, en avant et en dedans, vers la partie de la glande qu'occupait la tumeur Pour faciliter ce travail et diminuer la distance à parcourir, d'une main j'attirai la mamelle en haut et en dehors, la rapprochant de la plaie axillaire, de l'autre je dirigeai le bistouri ou les ciseaux. Petit à petit, j'approchai du néoplasme, j'ouvris sa loge avec les ciseaux, l'immobilisant de la main gauche à travers les téguments. Ce fut le temps le plus malaisé,

et il fallut s'y reprendre à plusieurs fois. Aussitôt que la glande mammaire put être abordée par le décollement, je l'avais saisie avec une pince de Museux, ce qui rendit plus simple la suite de l'intervention en permettant de mieux fixer la glande et de l'attirer fortement vers l'aisselle. La loge ouverte, une autre pince de Museux, longue et mince, fut glissée sous les téguments décollés jusqu'à la tumeur qui, saisie, fut libérée de ses dernières attaches et enfin extraite.

Entre son siège et la plaie tégumentaire, il y avait 15 centimètres, la mamelle étant dans la position normale, distance bien diminuée par l'attitude imposée à la glande pendant l'intervention. Un long drain fut glissé dans le trajet axillo-mammaire, sous la peau décollée, puis la plaie fut réunie par cinq points de suture au crin de florence. Il n'y avait pas eu de notable écoulement sanguin ; j'établis un pansement assez fortement compressif. Les suites furent de la plus absolue simplicité, le drain fut retiré le deuxième jour, les fils le sixième, et la réunion s'effectua d'emblée sans le moindre incident. L'opérée avait quitté Saint-Louis dès le cinquième jour, le 29 mai. La figure est destinée à montrer la place de la cicatrice. C'est une photographie prise vingt jours après l'opération. La trace de l'incision a été renforcée par des points, pour qu'elle soit reconnaissable Les poils commencent à repousser. C'est donc un résultat immédiat qui est ici représenté, et encore a-t-on fortement exagéré la cicatrice pour préciser le siège et l'étendue de l'incision. Actuellement, on ne distingue presque plus rien, les poils masquent la cicatrice peu s'en faut en totalité. Bien entendu, il faut, pour la retrouver, qu'on soit prévenu et qu'on en fasse la recherche, car autrement il est parfaitement impossible d'en soupçonner l'existence. L'esthétique a donc été rigoureusement respectée ; la mamelle est délivrée de sa tumeur sans qu'aucune marque de l'intervention vienne déparer la pure beauté de sa forme extérieure.

Observation 3 (M. Morestin. *Congrès de Chirurgie* 1902). — Le résultat est également irréprochable chez Mlle Marie B..., entrée à Saint-Louis le 16 juin 1902 (Isolement n° 35). Agée de vingt-deux ans, sans enfant, parfaitement réglée, et d'une santé jusque-là excellente, Mlle B... a constaté, il y a quatre mois, dans l'épaisseur du sein droit, une tumeur arrondie et indolente qui depuis cette époque n'a fait que d'insensibles progrès. Le hasard seul l'a fait découvrir, car elle ne forme aucun relief, à la surface de la mamelle et ne détermine aucun trouble fonctionnel. Elle est grosse comme une noix, de consistance très ferme, très bien circonscrite, sans adhérences cutanées, ni profondes et en apparence même complètement indépendante des tissus environnants. Il n'y a pas de ganglion augmenté de volume dans l'aisselle correspondante ; la mamelle de l'autre côté n'offre rien d'anormal. Enfin cette

tumeur offre cliniquement tous les caractères des tumeurs bénignes ; sa mobilité et la netteté de ses limites laissent espérer qu'elle peut être, sans difficulté excessive, isolée et énucléée, et cela d'autant mieux qu'il s'agit d'une tumeur solide, autant qu'on en peut juger d'après sa consistance très ferme, l'absence de fluctuation et même de rénitence. On peut la considérer comme un fibrôme, ou un adéno-fibrome. Le succès obtenu quelques jours auparavant chez Mme A. avait été trop complet et rapide pour que ma conviction ne fût déjà faite en faveur de la voie axillaire ; et je ne balançai pas un instant à recommencer pour cette jeune fille la même opération.

J'hésitai d'autant moins qu'elle promettait d'être plus simple, en raison du volume moindre de la mamelle et du peu d'épaisseur de la couche adipeuse sous-cutanée. L'intervention fût pratiquée le 19 juin, et s'effectua plus aisément encore que je ne l'espérais. Dans le fond de l'aisselle, j'incisai les téguments sur une longueur de 3 centimètres, incision comprise toute entière dans le territoire pileux. La tumeur occupait la partie supérieure de la glande, formant une légère saillie un peu en dedans et au dessus du mamelon. Je décollai la peau dans ce sens en refoulant vers l'aisselle tumeur et mamelle. Dès que la glande mammaire fut reconnue, elle fut saisie et solidement fixée à l'aide d'une pince à traction. A travers les téguments je me rendais parfaitement compte de la situation des intruments, bistouri ou ciseaux, et du travail effectué. La loge de la tumeur discisée, je pus la saisir et l'extraire dans sa totalité sans morcellement. La masse extraite était du volume d'une noix, ferme, multilobée et, sur la coupe, présentait un aspect gris jaunâtre. C'était un fibro-lipome. Je laissai un drain de petit calibre, mais très long, allant jusque dans la loge vide de la tumeur, et refermai la plaie par trois points de suture. Les suites furent d'une idéale simplicité et la malade a quitté l'hôpital le 30 juin, parfaitement guérie et sans pansement. Depuis nous l'avons revue plusieurs fois et son état ne laisse rien à désirer, les deux seins sont absolument identiques et il n'est pas possible de soupçonner qu'elle ait jamais eu quoi que ce soit. Ici encore le succès est complet au point de vue esthétique.

Observation 4 (M. Morestin. *Congrès de chirurgie* 1902). — Hélène G..., dite Séraphine, âgée de quinze ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, isolement, N° 34, le 15 février 1902. Elle n'est pas réglée encore et son aspect général est celui d'une fillette.

Ainsi sommes-nous un peu surpris, quand sa mère nous la présentant dit : « Elle a une tumeur au sein, et je l'amène pour qu'on l'opère ». L'enfant déshabillée, on constate en effet un contraste très frappant entre les deux mamelles, dont la gauche est tout à fait rudimentaire et encore à l'état infantile, et l'autre du volume d'une mandarine.

Cette discordance s'est établie depuis peu de temps, et d'une façon très rapide, puisque cinq ou six semaines ont suffi pour amener les choses à ce point, les deux seins étant jusque-là parfaitement identiques.

Or, en examinant la mamelle du côté droit, on note tout d'abord que la peau est parfaitement saine, qu'il n'existe aucun écoulement par le mamelon, que la glande est mobile sur les parties profondes, et ne présente aucune adhérence cutanée, qu'elle est souple et demi-élastique et cependant ferme, offrant en somme la consistance, la résistance et l'aspect du sein juvénile normal, à cela près qu'en bas et en dehors la pression semble révéler deux ou trois petites masses, mal limitées, et détermine une très légère sensibilité.

Etait-ce un sein en avance sur l'autre, et subissant l'évolution physiologique pubérale ? — Etait-ce un organe malade ? Dans l'aisselle correspondante, un gros ganglion, indolent et mobile.

Examinant plus complètement le sujet, je pus découvrir deux abcès froids thoraciques, juxtaposés et distincts, éloignés de la mamelle, répondant à la 6e et 7e côte, au voisinage de l'angle de l'omoplate ; et d'autre part sur l'avant-bras du côté droit une petite tuberculose cutanée en voie de guérison. — Le cas devenait intéressant. Chez cette malade atteinte de tuberculose à foyers multiples, il était possible que la tuméfaction mammaire unilatérale fût en rapport avec la production dans l'épaisseur de la glande frappée à l'occasion de sa transformation en vue de la puberté prochaine. On pouvait encore admettre qu'il y avait là une de ces hypertrophies assez bizarres notées chez des tuberculeux. Or la palpation externe était impuissante à nous renseigner sur l'état de la glande, et par ailleurs rien n'autorisait à formuler un diagnostic ferme, ni surtout à prendre un parti au sujet de cette mamelle ; si c'était une tuberculose, était-il sage de la laisser évoluer jusqu'à ce que l'évidence en fût grossière ? — Si ce n'en était pas une, allait-on s'exposer à une mutilation inutile ?

Les abcès de la paroi thoracique exigeant une intervention, qui dans l'espèce fut l'extirpation des parois de la loge externe de ces abcès, la résection de deux côtes, et le curettage d'un foyer endo-thoracique sous-pleural, j'en profitai pour extirper les ganglions axillaires, et par l'incision pratiquée à cet effet, pour aller explorer la mamelle en prolongeant jusque-là le décollement tégumentaire. Or ayant glissé un doigt sous la face profonde de la glande, pouvant ainsi la palper entre le pouce et l'index, de manière à en reconnaître aisément tous les détails, je ne sentis aucune induration, aucun noyau circonscrit, aucune partie suspecte. Je me gardai d'y toucher, et refermai la plaie. Or dès le premier pansement on constatait la régression de la mamelle, qui en trois

semaines était revenue à des proportions voisines de celle du côté opposé.

Ultérieurement elle a recommencé à grossir, mais en même temps que sa congénère; elles sont maintenant d'un égal volume, inférieur à celui que présentait le sein droit. Elles sont en ce moment à n'en pas douter dans la période de croissance physiologique et régulière. Les ganglions enlevés étaient nettement tuberculeux.

L'incision axillaire dissimulée n'est pas une incision destinée uniquement à aborder les tumeurs bénignes du sein. On peut s'en servir également pour aborder avec tout autant de facilité les petites tumeurs de la région scapulaire et en particulier les lipomes de l'épaule comme l'a fait Morestin.

Observation 1 (M. Morestin. *Congrès de chirurgie* 1902). — Mme Augustine D..., entrée le 27 juin 1902 à St-Louis, isolement, n. 6, portait depuis trois ans, à cheval sur le moignon de l'épaule et la base du cou, une tumeur que l'examen le plus sommaire permettait de considérer comme un lipome. Cette tumeur, indolente et graduellement développée, était en effet multilobée, demi-molle, adhérente à la face profonde de la peau par quelques tractus déterminant, quand on soulevait la masse en totalité, une sorte de capitonnage. — Son volume était comparable à celui d'un gros œuf. Le dit lipome couvrait le tiers externe de la clavicule au-dessus de cet os, occupait en partie le creux-sus-claviculaire, s'étendant d'autre part sur les insertions du deltoïde.

La tumeur sous-cutanée, nettement encapsulée et mobile, sur les organes sous-jacents, je me décidai à en faire l'extraction, utilisant toujours la voie secrète que m'ouvrait l'incision axillaire. C'était bien le vœu de la malade, qui ne souffrait pas et, connaissant la bénignité de sa maladie, était surtout désireuse d'effacer une saillie choquante. Dissimuler totalement la cicatrice, c'était remplir une indication formelle dans un cas de ce genre. Sans doute la tumeur était fort loin de l'aisselle et de l'incision qui devait lui donner issue, mais sa situation superficielle, sa limitation précise, sa mobilité, rendaient possible la migration sous-cutanée que je voulais lui imposer pour en faire l'extraction dans les conditions que je souhaitais. Comme pour les précédentes opérations j'avais à creuser une voie d'accès vers la tumeur, en second lieu à l'aborder et à ouvrir sa loge, finalement à la saisir et à l'extirper. Je mis ce plan à exécution le 2 juillet, et les choses se passèrent exactement comme je l'avais prévu. Je fis l'incision, longue de quatre centimètres, à la partie postérieure du creux de l'aisselle et dans sa partie la plus déprimée ; elle était comprise tout entière dans le territoire pileux,

ainsi que l'indique la figure 4, qui montre aussi la situation de la tumeur et l'espace qu'il fallait franchir. Je décollai la peau sous la lèvre antérieure de l'incision, traversai la base de l'aisselle, contournai le bord inférieur des pectoraux, remontai au devant du grand pectoral et du bord antérieur du deltoïde, suivant la face profonde des téguments, pour n'avoir aucun ennui avec la céphalique, et arriver à la hauteur de la clavicule, me servant toujours des ciseaux courbes.

Les manœuvres devenaient comme de juste moins aisées et plus lentes à mesure que j'avançais, sans pour cela comporter aucune part d'imprévu. La tumeur, fixée de la main gauche, j'ouvris sa loge et tâchai de sectionner les cloisons qui bridaient ses lobes. Il fallut s'y reprendre à plusieurs fois, introduire de nouveau les ciseaux, après avoir saisi la tumeur à l'aide d'une pince de Museux et constaté qu'elle tenait encore par quelques tractus. Enfin ces dernières furent sectionnées, et brusquement elle céda et se laissa par une légère traction attirer jusqu'à l'extérieur. C'était bien un vulgaire lipome multilobé. Immédiatement la région de l'épaule avait repris l'aspect normal. J'établis un bon drainage, faisant remonter le tube jusque dans la loge déshabitée, et refermai la plaie par quatre crins.

Le premier pansement fut fait le 5 juillet pour ôter le drain. Les fils furent coupés le 10, et la malade sortit guérie le 13.

Les suites avaient donc été de la plus heureuse simplicité, et quant au résultat il est on ne peut plus satisfaisant et restera tel. Cicatrice minime et profondément cachée, restauration complète de la forme, et impossibilité de soupçonner en rien qu'il y ait jamais eu une lésion quelconque.

Observation 2 M. Morestin, *Congrès de Chirurgie*, 1902). — Le 5 février 1902, une jeune femme de vingt-deux ans, Mme Valentine M.., se jeta du sixième étage, et fut apportée à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 26. Elle était couverte de contusions, d'ecchymoses, de bosses sanguines et de plaies contuses, mais n'avait d'autre lésion sérieuse qu'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, fracture du col chirurgical, dont le fragment inférieur, obliquement taillé et pointu, avait embroché le deltoïde et venait faire saillie sous la peau. La réduction du déplacement fut obtenue à l'aide d'un appareil à traction. Mais la malade, indocile et très nerveuse, ne voulut ni cet appareil ni un autre, d'une façon suivie et régulière.

Le résultat d'un traitement poursuivi dans ces conditions ne fut pas aussi défavorable qu'on aurait pu le prévoir. La consolidation fut obtenue, le bras en rectitude, sans raideur de l'articulation de l'épaule, sans atrophie musculaire ni trouble nerveux. Et même tous les mouvements avaient récupéré leur amplitude et s'exécutaient très aisément, à l'exception de celui qui consiste à élever le bras direc-

tement en avant, ce qui était particulièrement visible quand la jeune femme voulait se peigner. La défenestrée (ainsi l'appelions-nous dans le service) en eut pris son parti, de même que du raccourcissement de 2 centimètres, mais elle était coquette, elle se désolait surtout de la saillie persistante que formait le fragment inférieur soulevant le deltoïde et la peau. Regrettant un peu tard de n'avoir pas su accepter les ennuis nécessaires du traitement des fractures, elle nous quitta le 23 mars. A plusieurs reprises la défenestrée est venue se plaindre du relief disgracieux qui déparait sa beauté et dont elle souhaitait très vivement la suppression, ne voulant point puisqu'elle n'était pas morte, garder cette tare, souvenir et reproche constant de son infructueuse tentative de suicide. En l'examinant je remarquai que la gêne dont elle se plaignait aussi, à savoir la difficulté dans l'élévation du bras, était toute mécanique, et tenait à ce que la saillie du fragment inférieur venait buter contre l'acromion. Niveler cette saillie, c'était donc restituer à la défenestrée l'intégrité de ses mouvements, et aussi satisfaire à son désir, désir légitime après tout chez une jeune femme, de pouvoir montrer ses bras. Il est évident n'est-ce pas qu'il ne faut rien entreprendre dans cette voie, si l'on ne croit obtenir une correction parfaite à la difformité.

Dans le cas particulier une cicatrice visible eût été désastreuse ; la défenestrée eût changé son ennui en un autre, et peut-être eût regretté l'état de choses ancien. Aussi lui aurais-je, sans aucun doute, conseillé la résignation à son sort, si je n'avais cru la débarrasser de la malencontreuse saillie humérale par une incision cachée dans le fond de l'aisselle ; le souvenir affligeant de sa précipitation serait ainsi effacé d'une façon très complète. Cette solution me parut assez élégante et je donnai satisfaction à ma jeune malade.

Je procédai à cette opération le 14 avril à la maison Dubois. La malade refusa absolument de se soumettre à l'anesthésie générale, et je dus me borner à la cocaïnisation locale.

Dans la partie pileuse de l'aisselle, je fis une incision de 6 centimètres, et décollai les téguments d'arrière et avant.

On a dans diverses circonstances abordé l'extrémité supérieure de l'humérus en passant par le creux axillaire.

Mon plan était tout autre.

Je voulais conduire mon opération sous-cutanée à peu près comme je l'aurais fait par l'incision directe, c'est-à-dire que je me proposais d'arriver par voie de décollement jusque sur la saillie pointue du fragment inférieur, en suivant toujours la face des téguments, et arrivé au niveau de cette saillie de l'aborder de dehors en dedans, les manœuvres étant ainsi moins aveugles et moins dangereuses qu'en agissant dans la profondeur du creux axillaire.

Je franchis donc la base de l'aisselle, respectant la cavité elle-même, reconnus et doublai le bord inférieur des pectoraux, et remontai au-devant du grand pectoral et de l'interstice pectoro-deltoïdien, et enfin arrivai sur la pointe osseuse fichée dans la partie antéro-supérieure du deltoïde. Le bras étant porté dans l'abduction complète, me guidant sur l'index gauche répérant le fragment déplacé, je glissai vers celui-ci un bistouri et patiemment détachai et séparai de lui les fibres musculaires qui l'entouraient et y adhéraient solidement. Ayant ainsi préparé la pointe osseuse, j'introduisis sous la peau jusqu'à son contact une petite pince-gouge, dont le manche relevait fortement la lèvre antérieure de la boutonnière axillaire.

Je pus ainsi réséquer quelques fragments et diminuer sensiblement la hauteur de la pointe osseuse.

Puis ma pince gouge ne trouvant plus de bonne prise, attendu que l'exiguité de la place, et la tension des téguments ne permettaient pas d'en bien écarter les branches, j'eus recours au ciseau et au marteau.

Une des figures représente ce temps de l'opération.

Le ciseau est appuyé sur la saillie osseuse qu'il convient de faire sauter et prêt à recevoir le coup de marteau.

Après des efforts patiemment soutenus, il ne resta plus rien du relief anormal, la pointe osseuse ayant été fractionnée et enlevée par menus morceaux.

Je laissai un drain parcourant le long trajet creusé entre la boutonnière axillaire et le foyer sous-acromial et rapprochai les lèvres de la plaie, à l'aide d'agrafes.

Le drain fut enlevé le 16, au bout de quarante-huit heures. Il y avait eu un suintement sanguin assez abondant, mais tout s'annonçait pour le mieux.

Il n'y avait aucune réaction inflammatoire, pas de douleurs, et la malade se sentant bien avait voulu dès le lendemain de l'opération quitter la maison de santé pour retourner chez elle.

Le 19, nouveau pansement. Je constatai que le drain avait été enlevé un peu trop tôt, car il s'était produit un petit hématome, au-devant du bord inférieur du grand pectoral. Deux agrafes furent enlevées.

Le 23 j'ôtai les dernières agrafes et constatai que l'hématome, d'ailleurs peu volumineux, était en voie de résorption rapide. La réunion était obtenue, toute la région était indolente et souple. La Défenestrée se servait très aisément de son bras. Elle se trouvait si bien que le 24 elle voulut paraître dans le monde, mais sans aller jusqu'à se décolleter.

Quelques jours après elle fit le voyage de Bruxelles pour être présen-

tée au Congrès belge de Chirurgie, et faire constater la perfection du résultat.

Je vous la présente aussi et vous prie de bien vouloir l'examiner. Elle exécute facilement le mouvement autrefois contrarié par la rencontre du fragment huméral inférieur et de l'acromion. Pour ce qui est du côté esthétique il ne laisse pas à désirer.

Le moignon de l'épaule n'offre point de différence appréciable à la vue, ni même au palper, et pour l'incision, pour en retrouver la trace, il faut être dans le secret, car au premier abord rien ne permet de soupçonner comment ce bout d'os a été escamoté.

De l'incision inter-thoraco-mammaire. — Nous avons vu qu'elle était parfois plus facile et plus pratique dans les tumeurs bénignes du sein, chez les femmes grasses, en particulier à seins volumineux et toujours plus ou moins pendants. Cette incision assurément ne donne pas à l'œil la satisfaction de l'incision axillaire dissimulée, mais ses résultats sont encore assez satisfaisants pour qu'elle puisse être encore préconisée dans certaines interventions sur la région, d'autant plus que son exécution est plus facile que la précédente.

La région étant aseptisée suivant la méthode ordinaire, la main gauche saisit la glande mammaire et la relève fortement en haut exposant ainsi largement le sillon thoraco-mammaire. — Au fond du sillon lui-même, le bistouri trace une incision de 4 à 5 centimètres. Le doigt est introduit alors dans la plaie ; passe facilement sous la glande et arrive sur la tumeur qu'on saisit avec une pince de Museux et qu'on enlève comme dans la méthode axillaire. — Il est plus facile dans ce procédé de pratiquer le capitonnage de la glande au niveau de la perte de substance. Pour cela un aide l'expose facilement en repoussant cette région dans l'aire de l'incision. A l'aide d'une aiguille courbe on passe 3 ou 4 catguts qui suffisent à l'affrontement. On place enfin un petit drain et on réunit autour de lui aussi exactement que possible les lèvres de l'incision.

Observation personnelle. — Fibrome du sein extirpé par l'*incision esthétique inter thoraco-mammaire.* — Marie C...., âgée de 27 ans, entre salle Laugier n. 1 pour une tumeur du sein siégant à la partie interne. — Les seins sont très volumineux et tombent légèrement.

Ne présente aucun antécédent intéressant. Tumeur de la grosseur d'une petite mandarine, dure, bien limitée, mobile, sans adhérences superficielles ou profondes.

Vu le volume du sein, on emploie pour l'extirpation de cette tumeur manifestement bénigne l'incision sous-mammaire. Le sein relevé fortement de la main gauche, on pratique une incision de quatre centimètres au plus dans le sillon inter thoraco-mammaire, on arrive facilement sur la tumeur qu'on saisit avec une pince de Museux et qu'on libère progressivement aux ciseaux. Il ne reste bientôt plus qu'un pédicule sur lequel on pose une ligature. Drainage. Suture cutanée aussi soignée que possible autour du drain.

Drain enlevé le 3e jour.

Suites opératoires parfaites.

La malade est revue tout dernièrement, la cicatrice est invisible cachée sous la masse du sein.

Mais la cicatrice elle-même est irrégulière, dure, chéloïdienne en un mot.

On pourra se servir de l'incision inter-thoraco-mammaire pour aborder certaines lésions de voisinage. C'est ainsi qu'à la séance du 19 juin dernier à la *Société de chirurgie* M. Morestin communiquait le cas d'une difformité due à une anomalie d'un cartilage costal qu'il put facilement réséquer par cette voie.

II. — Abcès du sein.

Des incisions esthétiques dans les abcès du sein. — Tout le monde a pu voir l'aspect lamentable de pauvres seins sillonnés et tailladés, chez lesquels au bain de pus de la période inflammatoire a succédé un déluge d'incisions radiées, verticales, transversales même ; malheureuses loques couturées et ratatinées qui n'ont plus de seins que le nom. — Jusqu'à ces dernières années, il n'était de traitement rationnel des suppurations mammaires que la large incision radiée, faite sans se préoccuper le moins du monde du souci esthétique. — Et pourtant que de regrets !... que de pleurs versées souvent par ces pauvres femmes à jamais déparées !...

Weber en effet, préconisait autant d'incisions radiées qu'il y

avait de lobes malades, et même, poussait la témérité jusqu'à curetter les poches de ces abcès.

Bœckel (*Académie de médecine*, 30 avril 1889), dans les abcès mammaires faisait ce qu'il appelait « l'évidement méthodique du sein ».

« On pratique, disait-il, une incision elliptique, circonscrivant « la fistule, s'il y a lieu, ou la partie supérieure de la collection « si elle n'est pas ouverte, en respectant le mamelon. On dissè- « que rapidement les lèvres et on pratique au bistouri l'ablation « de toute la partie malade ».

On juge de l'étendue des dégats, des cicatrices consécutives, et de l'asymétrie secondaire des seins.

Marmaduke Sheild, le premier, semble avoir eu quelque souci de l'esthétique dans l'ouverture des abcès. Dans les abcès en bouton de chemise si fréquents à ce niveau, il pratiquait au point culminant de la collection superficielle une incision à peine suffisante pour passer le doigt. Il détruisait par là tous les tractus et tous les diverticules de la poche superficielle, effondrait largement l'orifice étroit qui la faisait communiquer avec la poche profonde et déprimait alors le sillon thoraco mammaire où il pratiquait une incision dissimulée qui permettait un drainage parfait de l'abcès.

Félizet perfectionna cette méthode en supprimant l'incision superficielle. Il incisait seulement au thermo-cautère le sillon sous-mammaire et vidait ainsi par leur partie déclive les poches suppurées qu'il passait ensuite au chalumeau.

Il y a quelques années certains chirurgiens avaient bien essayé de vider les abcès du sein au moyen de ponctions plus ou moins rapprochées. Les premiers résultats ne furent point brillants. — De nos jours on a repris la méthode des ponctions, combinées soit à l'aspiration soit aux injections modificatrices d'argent colloïdal. Cette méthode a donné à nos collègues Chirié et David des résultats appréciables.

Mais si dans certains cas ces ponctions donnent satisfaction tant au point de vue de la guérison que de l'esthétique, il n'en est pas moins vrai qu'il est indispensable le plus souvent de re-

courir au bistouri pour donner libre passage à l'écoulement du pus.

C'est à cause de l'importance de la région et de la nécessité absolue d'ouvrir suffisamment les collections purulentes qu'un certain nombre d'auteurs, et M. Morestin en particulier, ont pensé pouvoir user d'incisions minimes dissimulées dans le pli thoraco-mammaire ou dans l'aréole péri-mamelonnaire. — En réduisant ainsi le nombre des incisions, tout en ouvrant assez, en limitant leur étendue, en les dissimulant autant que possible, en s'occupant beaucoup, en particulier, des soins post-opératoires, on pourra obtenir sans trop de dommages des guérisons parfaites.

Incisions aréolaires. — Chez les femmes brunes en particulier, l'aréole mamelonnaire est particulièrement pigmentée et une incision radiée pratiquée à ce niveau passe à peu près inaperçue. C'est cette voie que M. Morestin à la *Société anatomique* du mois d'avril dernier a décrite.

Abcès tubéreux de la zône aréolaire. — Dans ces abcès, développés, soit dans les glandes sébacées de la région soit dans les petites glandules mammaires accessoires, il n'est point besoin d'inciser largement : une petite ponction au bistouri pratiquée au point culminant, suffit pour en assurer une prompte et complète guérison, sans cicatrice apparente.

Abcès sous-cutané de la région mammaire. — Dans les phlegmons sous-cutanés du sein, le plus souvent secondaires à une lymphangite ayant elle-même pour point de départ une gerçure du mamelon ou une inflammation quelconque de la région, il est également facile de faire au bistouri une incision minuscule radiée au milieu de l'aréole ; de pratiquer un petit tunnel jusqu'à l'abcès lui-même, de l'agrandir ensuite au moyen d'une pince. L'expression aidant, le pus s'évacue par cette voie détournée ; il est nécessaire cependant de placer un petit drain qu'on enlèvera au bout d'un temps variable, dans les jours qui suivront.

Abcès en bouton de chemise avec collections glandulaires et périmammaires antérieures. — Il est d'autres abcès primitivement développés dans un lobe mammaire et qui secondairement ont fusé dans le tissu cellulaire sous-cuté superficiel, formant

ainsi l'abcès désigné vulgairement sous le nom d'*abcès en bouton de chemise*. C'est tout particulièrement dans ces sortes d'abcès que l'incision aréolaire de Morestin donne ses meilleurs résultats.

M. Morestin pratique une petite incision radiée aréolaire s'étendant de la base du mamelon à la périphérie de l'aréole comme dans les abcès lymphangitiques sous-cutanés, on crée au bistouri ou de la pointe des ciseaux un tunnel jusqu'à la collection superficielle. La loge en est explorée à l'aide d'une sonde cannelée ou d'une pince. On reconnaît le pertuis qui fait communiquer les deux loges superficielle et profonde, on l'agrandit rapidement soit en effondrant la masse glandulaire qui les sépare soit en retirant, les mors ouverts, une pince introduite fermée, jusqu'au fond de la collection profonde. Souvent les abcès sont multiples, développés dans les lobes voisins ; on pourra répéter alors la même manœuvre et faire communiquer ainsi toutes les collections entre elles. Après une expression minutieuse du sein, un drain de moyenne dimension est glissé jusqu'au niveau des dernières ramifications de l'abcès. On fait un grand lavage à l'eau oxygénée et on applique un pansement humide légèrement compressif. Dans les jours qui suivent le pus s'écoule avec abondance. On peut s'aider de l'expression quotidienne ou mieux encore appliquer sur le sein une ventouse de Bier tous les jours par séances de 40 minutes. La fièvre tombe bientôt, peu à peu le sein reprend sa consistance normale. Le petit drain est enlevé au bout d'un temps plus ou moins court suivant l'importance des lésions. Et bientôt il ne reste plus de l'inflammation récente qu'une petite cicatrice à peine perceptible au niveau de l'aréole, invisible souvent même chez les femmes brunes qui présentent une hyperpigmentation de la région.

Observation. — *Société anatomique*. Avril 1907 (M. Morestin). — Mme J. X..., âgée de 23 ans, entre le 7 mars 1907 dans mon service à la Maison Dubois Elle a eu un enfant à l'âge de 17 ans. Accouchement laborieux terminé par une application de forceps. Elle n'allaita pas son enfant et ne présenta du côté des seins aucun phénomène pathologique.

Le 16 janvier 1907 elle met au monde un nouvel enfant et cette fois

l'accouchement est normal. Elle veut nourrir son enfant, mais au bout de 3 semaines survient un gonflement douloureux du sein gauche dont la constatation fait cesser l'allaitement de la mère. Un abcès devient manifeste, s'ouvre spontanément et paraît guérir.

Peu de jours après la fluctuation devient évidente en un point voisin, nouvelle évacuation spontanée, suivie de pseudo guérison et de la prompte réapparition d'une nouvelle collection. Cette fois la mamelle est incisée, l'abcès profond ouvert et la cicatrisation obtenue d'une manière définitive, mais en laissant à la partie externe du sein une cicatrice violette et déprimée non moins définitive.

Or pendant que s'achevait cette guérison assez péniblement acquise, la malade constatait dans la mamelle droite la présence d'une masse anormale, prélude d'accidents analogues. Au bout de peu de jours en effet on put constater qu'elle augmentait graduellement de volume et devenait de plus en plus gênante.

C'est alors que J. X. entra à Dubois, elle présentait à ce moment un empâtement diffus et douloureux de la partie intéro-externe du sein droit, avec coloration rosée et diminution de la mobilité des téguments. Mamelon légèrement rétracté, ne donnant par la pression que quelques gouttes de lait, pas de pus. Pas de fluctuation appréciable, pas de température. Les seins sont bien comprimés, ne présentent aucune vergeture, j'instituai un traitement d'attente, par les pansements humides, légèrement compressifs. La mammite ne rétrocéda point et le pus fut bientôt collecté. Le 13 mars la température s'éleva à 39°, l'œdème, la rougeur, les douleurs augmentèrent.

Le 14 mars j'incisai sur l'aréole, dans le sens du rayon de la mamelle, passant par la partie la plus saillante de la tuméfaction, point où j'avais d'ailleurs constaté de la fluctuation. L'incision longue de 2 centimètres environ, allait du bord de l'aréole jusqu'au mamelon qui fut lui-même entamé. Puis le bistouri fut conduit sous les téguments par le plus court chemin vers la collection, et je sentis sa pointe pénétrer dans la cavité.

La lame fut ramenée en dedans vers le centre de la mamelle, coupant à fond pour débrider largement le collet intermédiaire aux loges profondes et superficielles. Je m'assurai avec la sonde que ce débridement était suffisant, détruisis quelques tractus celluleux qui cloisonnaient la poche profonde.

Ayant ainsi unifié la poche, j'y plaçai un assez gros drain. Une assez grande quantité de pus jaune verdâtre s'était écoulée au moment même de l'incision et il s'en écoula encore par le drain. Sans faire aucun lavage je couvris le sein d'un pansement humide exerçant une compression douce et régulière.

Cette intervention exigea à coup sûr moins de temps qu'il n'en faut

pour la décrire. L'anesthésie momentanée procurée par le chloréthyle fut amplement suffisante.

Les suites furent d'une extrême simplicité, et la cicatrisation était terminée au bout d'une quinzaine et dans les conditions esthétiques que nous souhaitions.

De l'incision sous-glandulaire inter-thoraco-mammaire. — On peut également, dans l'ouverture des abcès glandulaires se servir d'une incision dissimulée sous-glandulaire pratiquée dans le sillon inter-thoraco-mammaire.

Dans un but d'esthétique louable mais insuffisant, certains auteurs ont préconisé une large incision inter-thoraco-mammaire pour aborder les collections suppurées du sein au point déclive et par leur face profonde. Par cette méthode, disaient-ils avec raison, le sein se vide plus facilement et l'incision est moins apparente. Dans ce but ils pratiquaient une large incision sous-mammaire, relevaient le sein qu'ils avaient décollé et ouvraient ainsi par leur face profonde les collections suppurées. Les abcès une fois ouverts et évacués, ils plaçaient un gros drain dans leur cavité, rabattaient le sein dans sa position primitive et le fixaient par quelques crins. Au point de vue de la guérison l'idée était excellente, les abcès guérirent rapidement ; au point de vue esthétique, c'était un progrès mais l'incision était trop grande, la cicatrice trop vaste et trop visible. Il est possible de faire tout aussi bien avec plus de peine, il est vrai, par une incision plus petite pratiquée au même niveau et sans décoller à demi la glande mammaire. L'abcès une fois ouvert suffisamment, se draine tout aussi bien.

On pratique une incision de deux ou trois centimètres au même niveau, du doigt on décolle la glande des plans profonds, et le siège de la collection étant reconnu, rien n'est plus facile d'effondrer avec une pince le tissu glandulaire jusqu'à elle et de donner largement issue au pus qu'elle contient.

Si plusieurs lobes présentent des abcès distincts on les fera communiquer entre eux par le même procédé. Un drain enfin, de dimensions moyennes et glissé jusque dans le recessus le plus éloigné ; on réunit autour de lui les lèvres de l'incision et on applique un pansement humide compressif.

Les résultats ainsi obtenus sont peut-être moins satisfaisants au point de vue esthétique que dans l'incision aréolaire. Mais au point de vue de la rapidité de la guérison et de la simplicité des suites opératoires cette dernière est tout aussi préférable, l'abcès se drainant facilement par cette incision déclive.

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE ESTHETIQUE ABDOMINALE

I. — Des incisions petites dans l'Appendicite

(Procédé de M. Michaux).

Pour aborder l'appendice, on se sert actuellement, de deux incisions classiques, l'incision de Jalaguier sur le bord externe du muscle grand droit verticale trans-aponévrotique et l'incision dite de Roux, en regard de l'épine iliaque antérieure et supérieure oblique transmusculaire. Ces deux incisions permettent d'aborder la région appendiculaire avec facilité. Néanmoins par rapport à cette dernière, l'incision de Jalaguier, semble un peu trop interne et il est nécessaire pour bien découvrir la région de récliner en dehors assez fortement la lèvre externe de la plaie. L'incision de Roux permet un abord plus direct, mais elle sectionne presque perpendiculairement les fibres musculaires du petit oblique et du transverse et expose aux éventrations consécutives. Depuis longtemps notre maître M. le Docteur Michaux dans les appendicites à froid, préconise dans son service une incision analogue à celle de Roux, incision qui en a toutes les qualités sans en présenter les graves défauts.

Cette incision est plus petite que celle de Roux et présente sur elle l'incontestable supériorité de ne léser aucun muscle, agissant par dissociation de la paroi suivant la direction des fibres musculaires et aponévrotiques.

C'est la petite incision esthétique et conservatrice : esthétique en ce sens qu'elle laisse le minimum de traces que puisse per-

mettre la résection de l'appendice et conservatrice par ce fait qu'elle ne lèse aucune fibre musculaire.

Cette incision que notre maître recommande avec tant d'insistance présente une longueur maxima de 3 centimètres et demi environ et dans la majorité des cas, elle permet seulement le passage du doigt ou de l'instrument qui dans le ventre va cueillir l'appendice. La cicatrice est si minime et si insignifiante qu'il est nécessaire pour la découvrir d'examiner avec une certaine attention les ventres opérés depuis quelques mois seulement.

Indications. — Il est de toute évidence que cette incision n'est indiquée que dans les appendicites vraiment refroidies chez des sujets jeunes et relativement maigres et où la palpation ne révèle aucune induration profonde. Par cette boutonnière étroite il serait impossible en effet de libérer un appendice adhérent. Souvent même il nous fut nécessaire d'inciser plus largement et de sectionner quelques fibres musculaires au cours d'une intervention qui par sa simplicité apparente nous avait paru devoir bénéficier de cette incision. — Mais une incision esthétique et conservatrice étant commencée, il sera toujours temps de recourir à cette éventualité.

Instrumentation. — L'instrumentation sera celle de l'appendicite banale : un bistouri, deux écarteurs de Farabeuf, quelques pinces de Kocher et de Péan, une aiguille courbe, des ciseaux droits. Afin de pouvoir profiter de tout le jour que cette petite incision peut donner, nous nous sommes servi à différentes reprises d'un petit écarteur de Gosset, modifié par Faure : modèle réduit du grand écarteur abdominal du même auteur. Il se compose tout simplement d'une glissière qui porte perpendiculairement à elle deux branches présentant à leur extrémité une armature verticale recourbée en crochet. L'une des branches est fixe à l'extrémité de la glissière, l'autre est mobile et glisse sur elle. Les deux branches accolées l'une à l'autre sont enfoncées entre les deux lèvres de la paroi qu'on introduit dans les gouttières Il suffit alors d'écarter les branches autant qu'on le peut. Elles sont maintenues écartées du fait de la résistance musculaire et la région apparaît largement découverte.

La libération de l'appendice adhérent se fait alors avec plus de facilité.

Technique. — On repère l'épine iliaque antérieure et supérieure et à un travers de doigt en dedans d'elle les téguments superficiels sont incisés du premier coup et à fond. L'incision ne dépasse guère 3 centimètres, elle est légèrement recourbée en dedans dépassant l'épine iliaque de un centimètre au dessus et de un centimètre en dessous. D'ordinaire on sectionne une veinule branche de la tégumenteuse abdominale, l'hémorragie est insignifiante et dans la majorité des cas ne nécessite pas l'hémostase. Les deux index recourbés en crochet et recouverts d'une compresse dilacèrent le tissu cellulaire et agrandissent ainsi considérablement la plaie.

L'aponévrose du grand oblique apparaît alors largement découverte. On sait que les fibres musculaires du grand oblique se continuent en bas et en dedans par des fibres aponévrotiques formant à la partie antérieure de l'abdomen un véritable tablier, tendineux.

Ce sont ces fibres aponévrotiques qui apparaissent au fond de notre plaie maintenues béantes par deux écarteurs de Farabeuf. Elles se dirigent presque verticalement en bas et légèrement en dedans : le bistouri les incise obliquement suivant leur direction, passant dans leur interstice sans les sectionner. Deux pinces de Kocher réclinent les deux lèvres aponévrotiques en dedans et en dehors, et découvrent ainsi le muscle petit oblique revêtu de son aponévrose. Par opposition au grand oblique le petit oblique est nettement musculaire, ses fibres se dirigent presque horizontalement en dedans, et légèrement en bas. Dans la très grande majorité des cas, *neuf fois sur dix*, en regard de l'épine iliaque antérieure et supérieure apparaît un interstice celluleux séparant les fibres musculaires. C'est cet interstice que la sonde cannelée ou plus facilement le bistouri utilise pour séparer les fibres musculaires sans les traumatiser. Les fibres transversales du muscle transverse de l'abdomen apparaissent au dessous. Mais dans la pratique les deux muscles petit oblique et transverse sont difficilement isolables et ne forment qu'une seule masse muscu-

laire. Les deux écarteurs de Farabeuf appliqués en haut et en bas rendent béant l'interstice musculaire et découvrent dans la profondeur une aponévrose resplendissante et nacrée, solide et résistante, le fascia transversalis qu'on incise dans le même sens que la couche précédente. Au dessous le tissu cellulaire sous-péritonéal qu'on dilacère avec les deux doigts.

Plus profondément enfin le péritoine ; on le saisit et on l'attire légèrement avec deux pinces, une petite boutonnière est faite l'abdomen est ouvert.

Deux pinces de Péan repèrent avec soin les deux bords de la boutonnière péritonéale et on incise aux ciseaux verticalement en haut et en bas sur le doigt introduit dans la plaie. Le petit écarteur de Gosset modifié par Faure est alors appliqué.

Dans certains cas profitant de cette boutonnière on saisit légèrement le cœcum qui apparaît dans la profondeur avec une pince et on l'attire au dehors avec son appendice.

Il persiste parfois de la période inflammatoire antérieure des adhérences qui fixent le cœcum et l'appendice en avant ou plus souvent à la fosse iliaque et qui nécessitent un certain travail de décortication que le doigt pratique dans la profondeur avec douceur et prudence.

L'appendice est alors attiré au dehors et sectionné au thermocautère, le moignon est cautérisé et enfoui suivant la méthode ordinaire.

On refait la paroi en quatre plans, un petit surjet au catgut n° 0 sur le péritoine, deux ou trois points séparés au catgut n° 2 très modérément serrés, sur les fibres musculaires du petit oblique, du transverse et du fascia transversalis qu'on charge du même coup ; deux ou trois points également séparés au même catgut sur l'aponévrose du grand oblique.

Trois points au crin de Florence suffisent pour la peau. Nous avons l'habitude de placer un seul crin sur le milieu de l'incision, l'aiguille courbe chargeant toute l'épaisseur des téguments superficiels et l'aponévrose du grand oblique. Deux agrafes de Michel placées, l'une au-dessus et l'autre au-dessous assurent un affrontement parfait tout en laissant un minimum de cicatrice. Les

deux agrafes sont enlevées le quatrième jour, le crin le huitième.

Depuis 5 ou 6 ans que notre maître M. Michaux pratique cette incision il n'a rencontré aucune difficulté sérieuse et les malades n'ont présenté aucune éventration. Les cicatrices ont peu à peu blanchi et sont à peu près imperceptibles ; certaines même cachées dans les plis ou dans une vergeture nécessitent un examen minutieux pour pouvoir être décelées.

De plus il résulte de ce mode d'ouverture aucune section des fibres aponévrotiques et musculaires qui forment la paroi à ce niveau. Nous voyons en outre que chaque plan est divisé suivant une direction à peu près perpendiculaire à celle des plans voisins, ce qui assure une solidité de la paroi plus parfaite encore que dans les procédés ordinaires. Et ceci présente un intérêt tout particulier. Il est d'usage en effet dans les procédés classiques de faire lever les malades le 18e et le 20e jour. Avec la petite incision et la dilacération musculaire et aponévrotique suivant la direction des fibres. On peut sans inconvénient réduire cette période à 12 jours environ : et ce n'est pas le moindre des nombreux avantages de ce procédé qui réduit ainsi de huit jours la convalescence des malades.

Observation 1 (Personnelle). — Mlle Hélène S...., âgée de 22 ans, entre n. 7 salle Laugier à Beaujon pour douleurs dans la fosse iliaque droite. Aucun antécédent anormal héréditaire ou personnel, si ce n'est une rougeole à 7 ans.

Première crise diagnostiquée d'origine appendiculaire il y a 2 ans douleur subite dans la fosse iliaque du côté droit avec irradiation péri-ombilicales, vomissement, constipation, fièvre élevée.

Deuxième crise le 20 octobre dernier, beaucoup moins intense que la précédente.

Actuellement légère douleur à la palpation au niveau du point de Mac Burney, on sent à la palpation un cordon qui peut être l'appendice. Pas de fièvre, état général satisfaisant.

Opération. — Le 31 octobre, nous opérons la malade. Incision oblique de 3 centimètres à peine. Dissociation musculo-aponévrotique suivant le mode indiqué. Péritoine incisé verticalement.

Le doigt décortique l'appendice peu adhérent et latéro-cecal gauche. Il apparaît congestionné, gros, il contient deux calculs.

On referme en 4 plans. Un crin profond réunit le milieu des lèvres

de la plaie en chargeant l'aponévrose du grand oblique, une agrafe au-dessus, une agrafe au-dessous.

Suites opératoires aussi parfaites que possible. La malade sort le 14e jour, avec une petite cicatrice de 3 cent. à peine.

Observation 2 (personnelle). — Mlle C... Elina, entre salle Laugier, n. 3, le 29 septembre 1900, en pleine crise d'appendicite subaiguë. — Traitement ordinaire. Diète et glace. La température tombe 5 jours après son entrée.

Opération le 30 octobre. — Incision de 2 cent. 1/2. Dissociation de la paroi suivant la direction des fibres musculaires et aponévrotiques. Appendice légèrement adhérent et facilement libéré, réséqué et enfoui. Fermeture en 4 plans. Agrafes métalliques sur la peau.

Suites opératoires sans incidents.

La malade sort le 12e jour, sans cicatrice vraiment appréciable.

Observation 3 (personnelle). — Mme B... Marie, 17 ans. Entre salle Laugier, 15 octobre 1907. Soignée pour appendicite aiguë dans service de médecine. Appendicite entièrement refroidie. — Opération le 19 octobre. Incision de 3 centimètres. Dissociation de la paroi. Appendice très facilement libéré. On referme en 4 plans. 1 crin et 2 agrafes sur la peau.

Suites opératoires normales.

La malade est revue le 14 décembre. La cicatrice n'est pas appréciable.

Nous pourrions multiplier le nombre de ces observations mais elles se ressemblent toutes comme technique opératoire et comme résultat. Leur relation n'offrirait aucun intérêt.

II. — Laparotomies dissimulées

Nous étudierons successivement (A) les *petites incisions esthétiques cruciales* dissimulées uniquement dans les poils du pubis et (B) les *grandes incisions cruciales*, plus étendues, et permettant l'ablation de lésions plus considérables.

A. — Des incisions esthétiques dans les laparotomies médianes sous-ombilicales

(Incision cruciale de Kustner-Segond).

Quels que soient le souci et l'habileté du chirurgien dans la réfection des différents plans d'une laparotomie médiane sous-

ombilicale, il n'est point rare de rencontrer des éventrations chez des personnes dont les sutures ont été particulièrement soignées. D'autre part, et c'est surtout à ce point de vue que nous nous plaçons, la suture cutanée a été faite avec le plus grand soin, on a pratiqué sur la peau des sutures cellulaires, dermiques, intradermiques, même : les jours qui suivent l'ablation des fils, la cicatrice se montre régulière, linéaire, on se félicite de l'heureux résultat obtenu, et la malade s'en va. Si, par hasard, nous revoyons-ces malades un, deux ou trois ans après, la cicatrice s'est étalée, elle mesure un, deux centimètres de largeur, quelquefois davantage, une large bande cicatricielle, qui tranche désagréablement sur les tissus voisins réunit l'ombilic à la symphyse. Il est certaines jeunes femmes à qui la perspective d'une cicatrice étendue, siégeant sur le milieu du ventre répugne profondément.

C'est pour épargner ce triste spectacle que certains chirurgiens ont essayé, dans les laparotomies, la pratique des incisions dissimulées, dont l'incision cruciale sus-pubienne dite : de Kustner-Segond, est le type.

Historique. — C'est Kustner, de Breslau, qui, le premier, ôsa pratiquer l'incision cruciale sus-pubienne, dans une laparotomie pour tumeur utérine. Peu de temps après Frantzen, de Saint-Pétersbourg, pratiquait, par la même méthode, une hystéropexie.

En 1896, au congrès de gynécologie de Genève, Rapin, de Lausanne, fit un rapport détaillé sur l'incision cruciale et sur ses résultats heureux.

M. Segond fut le premier à la pratiquer et à la préconiser en France.

Il fut bientôt suivi dans cette voie par M. Pozzi et M. Morestin.

Indications. — Le petit jour que donne cette incision, restreint ses moyens d'action. D'une façon générale elle pourra servir dans les hytéropexies et l'extirpation de toutes les petites tumeurs du bassin non adhérentes, les petits fibromes utérins et les hydrosalpinx, les petites salpingites scléreuses, les ovarites sclérokystiques.

On pourra, par cette incision, pratiquer également la taille hypogastrique, comme Treudelenburg le fit en 1885.

Mais le triomphe de ces sortes d'incisions, c'est; à n'en pas douter dans l'extirpation des kystes ovariens non adhérents, dans l'extirpation « *des kystes jeunes chez la femme jeune* », comme le disait Morestin en 1902, à la Société anatomique, montrant l'excellence de cette méthode et en précisant la technique.

C'est cette technique que nous suivrons pas à pas dans notre description.

Technique. — Le jour qui précède l'intervention, le pubis est rasé avec soin et désinfecté. On y applique un pansement antiseptique qu'on enlèvera au moment de l'opération. L'incision mesurera 7 ou 8 centimètres au plus ; elle siégera dans les poils au pubis, au-dessous du sillon sus-pubien, à un centimètre au moins au-dessous du triangle pileux.

Elle sera nettement transversale, parallèle au bord supérieur de la symphyse, ou bien légèrement concave en haut et ne dépassant pas les limites de la région.

Du premier coup de bistouri, les téguments superficiels traversés et sillonnés de travées fibreuses, sont sectionnés. Les lèvres de la plaie baillent alors considérablement du fait de la rétraction de ces travées. Il est nécessaire de pratiquer alors avec soin l'hémostase des vaisseaux sus-pubiens qui donnent assez abondamment.

Le doigt armé d'une compresse, s'aidant de temps à autre de la pointe des ciseaux, déchire et décolle les téguments solidement unis à l'aponévrose par les travées. Cette aponévrose qui forme à ce niveau la gaine des muscles droits et pyramidaux apparaît alors dans la profondeur. Deux écarteurs de Farabœuf écartent fortement en haut et en bas. Comme le fait remarquer M. Dartigue la plaie transversale devient alors successivement un losange horizontal puis vertical. A mesure qu'on la tire, elle devient nettement rectangulaire. C'est dans cette aire verticale et largement étalée qu'on manœuvre pour fabriquer l'incision verticale des autres plans. En effet, l'incision qu'on va faire, va être non pas horizontale comme la précédente, mais verticale,

perpendiculaire à elle, par conséquent, sectionnant la ligne blanche qui forme à ce niveau la cloison intermusculaire.

C'est ainsi que nous avons une incision en forme de croix, l'incision cruciale des auteurs.

Les doigts recourbés en crochets dans la profondeur de la plaie écartent avec précaution en haut et en bas le tissu cellulaire sous-péritonéal, mettant ainsi largement à nu le péritoine lui-même. Il est facile alors d'apercevoir par transparence, à la partie supérieure, l'ouraque et continuant en bas avec la vessie.

C'est un point de repère particulièrement important. Si on incisait à la partie inférieure de l'ouverture, on s'exposerait, surtout si le cathétérisme de la vessie n'avait pas été préalablement pratiqué, à ouvrir la cavité vésicale. En incisant alors le péritoine suivant le mode ordinaire pour aller à l'ouraque à la partie supérieure de la plaie l'abdomen est ouvert. On récline alors la vessie très fortement en bas au moyen d'une valve sus-pubienne et nous avons ainsi une ouverture de huit centimètres environ.

Cette méthode si simple et si facile à pratiquer convient tout particulièrement aux kystes ovariens quel que soit leur volume pourvu qu'ils n'aient pas d'adhérence.

Ils apparaissent dans la profondeur de la plaie. Après avoir préalablement garni de compresses ou de champs aseptiques les lèvres de l'incision, on les ponctionne avec le gros trocart. De façon à en activer et à en assurer la vacuité parfaite, M. Morestin a fait construire un aspirateur électrique très puissant, susceptible de rendre les plus grands services. Le kyste une fois vidé est attiré au dehors. Son pédicule est lié et sectionné comme dans les cas ordinaires.

Dans les autres petites tumeurs non adhérentes du bassin le procédé est le même que par la large incision sous-ombilicale, tout au plus se trouve-t-on un peu plus à l'étroit.

On referme en trois étages comme dans les laparotomies banales. On soigne tout particulièrement les sutures superficielles qu'on fait à la soie n° 0, sutures seulement dermiques, l'aiguille étant enfoncée tout près des lèvres de l'incision.

Kustner et Frantzen, dans le but de supprimer l'espace mort,

chargent sur leur aiguille toute l'épaisseur des téguments superficiels. Peut-être serait-il meilleur, dans l'intérêt même de la cicatrice, de pratiquer, au catgut n° 0, un petit surjet cellulaire, de façon, non pas seulement à supprimer l'espace mort, mais encore à réunir les lèvres de la plaie, et empêcher ainsi les sutures superficielles de couper.

Avantages. — Pratiquée dans la stricte limite de ces indications, la laparotomie cruciale présente un avantage esthétique indiscutable.

Il n'est point indifférent, en effet, pour certaines femmes d'échapper à une cicatrice de 10 à 12 centimètres qui, quelle que soit l'habileté de l'opérateur et l'excellence du résultat, est toujours une cicatrice visible, dépare celle qui la porte, rappelle la lésion et la nature de l'opération.

L'incision de la laparotomie cruciale, ici, ne dépasse pas sept centimètres et de plus disparaît complètement dans la base du triangle pileux.

On n'a pu faire à cette incision qu'une objection vraiment sérieuse. Il est facile, dans ces sortes d'incision d'ouvrir la vessie. A ceci, nous répondrons que cet accident peut toujours arriver dans des mains non exercées au cours des laparotomies médianes.

Dans la laparotomie cruciale on évitera toujours cet accident, si on commence par rechercher l'ouraque à la partie supérieure de la plaie et si on ouvre le ventre à ce niveau. La vessie alors sera facilement reconnue par transparence et par le toucher.

INCISION DE PFANNENSTIEL

Au dernier congrès de chirurgie de Paris, M. Chavanaz (de Bordeaux) a attiré tout particulièrement l'attention sur une modalité de l'incision cruciale dans les laparotomies. Depuis quelques années déjà, M. Chavanaz, à l'exemple de Pfannenstiel, a pour habitude dans les laparotomies cruciales non pas de sectionner verticalement sur la ligne médiane l'aponévrose du grand oblique mais tranversalement comme l'incision superficielle. On relève

fortement en haut la lèvre supérieure de l'aponévrose avec les téguments au moyen d'un écarteur et on ne reprend la ligne médiane que pour diviser la ligne blanche intermusculaire et le péritoine.

Ainsi se trouve constitué un véritable rideau aponévrotique transversal qui retombe, à la fin de l'opération, devant les couches profondes musculaires et péritonéales, sectionnées verticalement.

Cette incision n'est guère plus complexe que la précédente et elle expose moins encore aux éventrations consécutives.

M. Chavanaz a pratiqué cette intervention pour 28 hystérectomies et 11 hystéropexies. L'opération fut toujours facile et les résultats excellents.

Observation 1. — Laparotomie cruciale pour kyste de l'ovaire (M. Morestin. *Congrès de chirurgie*, 1902). — Mlle L. A..., 20 ans, entre à la maison Dubois le 1er septembre.

On constatait dans l'abdomen la présence d'une tumeur arrondie, mobile, indolente et fluctuante, grosse comme une tête d'enfant de quatre à cinq ans.

L'examen permettant d'écarter toute autre hypothèse, je pus faire le diagnostic ferme de kyste de l'ovaire, probablement de l'ovaire droit, et sans adhérences. C'était en somme un cas très simple, pour lequel l'ovariotomie devait donner un succès facile.

Cependant cette fille était fiancée. Elle ne voulait pas aller à l'autel avec « un gros ventre », et d'autre part éprouvait une certaine honte à se révéler avec une cicatrice abdominale. Je lui donnai satisfaction, en opérant de la manière suivante le 3 septembre.

Une incision de quatre centimètres fut pratiquée transversalement sur le mont de Vénus, à un travers de doigt de sa base. Le paquet graisseux divisé jusqu'à l'insertion pubienne des muscles droits.

Je relevai la lèvre supérieure de l'incision, la disséquai, la décollai, et finalement la confiai à l'écarteur d'un aide, tirant fortement et la rétractant en haut.

La ligne blanche était découverte sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. J'incisai sur cette ligne, passant entre les droits et les pyramidaux, reconnus l'ouraque, dont la présence me rassurait au sujet de la vessie, qui forcément était plus bas, rétractée derrière le pubis, puisque l'ouraque s'insère à son sommet.

L'ouverture faite au péritoine ne dépassa pas 3 centimètres. C'était

un petit trou plutôt qu'une incision. Le kyste repoussé contre le pubis, et maintenu par la main de l'aide, je plaçai sur sa paroi deux pinces de Kocher, et la perçai avec la pointe du bistouri.

Une canule adoptée à la puissante pompe pneumatique que j'ai fait construire, fut immédiatement appliquée à cette ouverture, et la poche, uniloculaire, fut en peu d'instants vidée de son contenu. La paroi, mince, s'était engagée dans l'ouverture, dès les premiers coups de pompe, aspirant le liquide. Celui-ci épuisé, elle se laissa attirer, se plissant pour passer par cette filière, et fut bientôt tout entière à l'extérieur. Le kyste appartenait à l'ovaire droit.

Le pédicule lié, et réduit, deux petits surjets furent placés, l'un fermant le péritoine, l'autre rapprochant les muscles. Enfin la peau ramenée à sa place et suturée avec de la soie fine, les anses comprenant toute l'épaisseur de la graisse du mont de Vénus, de manière à en rétablir exactement la forme.

Les suites ont été de la plus extrême bénignité, les fils enlevés le 7e jour, la réunion parfaite obtenue, et dès que les poils commencèrent à repousser, il fut aisé de se convaincre que leur croissance voilerait bientôt la cicatrice d'une manière absolue.

Observation 2 (Rousseau). — Laparotomie médiane par incision cruciale et suture transversale sus-pubienne cachée par les poils, gros ovaire scléro-kystique, castration unilatérale. Guérison.

Mme X... entrée à la Salpêtrière, service du Dr Segond, salle Lallemant.

Opérée le 19 mai 1899.

Passé clinique. — Quelques symptômes de métrite. Douleurs annexielles fort accusées surtout d'un côté de l'hypogastre : irradiations lombaires et fémorales.

Examen clinique. — L'examen général ne présentait rien de particulier : pas d'altération spéciale de la santé générale chez cette malade qui se plaignait surtout de douleurs.

L'examen de l'état local, fit percevoir au toucher vaginal ou mieux bimanuel une masse annexielle unilatérale très douloureuse à la pression, ayant le volume d'une petite mandarine.

Diagnostic. — Vu les douleurs considérables datant d'assez longtemps, les symptômes de métrite concomitante, on pensa très naturellement à une salpingo-ovarite.

Indications opératoires. — Les lésions annexielles paraissant à l'examen local presque sûrement latérales, Segond au lieu de faire l'hystérectomie vaginale, décide de pratiquer la laparotomie qui permettra la résection des seules parties malades. Il trouve dans ce cas une indication de chirurgie conservatrice et le moins mutilante possible. De plus, comme

les lésions annexielles ne semblent pas d'un volume bien considérable, il pense qu'une petite incision abdominale pourra suffire et c'est pour cela qu'il songe à utiliser une section de plan cutané qui pourra, celui-ci une fois cicatrisé, être cachée par les poils du pubis.

Opération. — Le 19 mai 1899 par le Dr Segond.

Le pubis préalablement rasé et plus particulièrement nettoyé à cause de son aseptisation difficile due à la présence des nombreux follicules pileux, incision transversale de la peau et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané au niveau de l'hypogastre, incision sous-pubienne de 8 centimètres de long, horizontale et parallèle au bord supérieur des poils du fénil, à 1 centimètre environ au-dessous de la base du triangle pileux.

Observation 3 (Rousseau). — Laparatomie médiane par incision cruciale et suture transversale cachée par les poils du pubis. Kyste de l'ovaire droit de la capacité de quatre litres et demi. Ovariatomie. Guérison.

Mlle Anna T. H., âgée de 18 ans, domestique, entrée à Broca dans le service du Dr Pozzi, salle Hugnier, le 3 mai 1903.

Opérée le 5 mai 1903.

Passé clinique. — Réglée à l'âge de 14 ans bien réglée depuis, à l'âge de 17 ans, c'est-à-dire il y a un an, elle s'aperçoit que son ventre grossit progressivement, elle n'éprouve aucune douleur et les règles persistent.

Depuis cette époque son ventre grossit toujours, mais pendant ce temps les règles restent les mêmes : elles durent 4 jours, sont assez abondantes mais sans caillots cependant, aucune douleur : aucune perte blanche : aucune difficulté de miction pas de constipation.

On croyait, dans l'entourage de cette malade, qu'elle était enceinte ; car les soupçons du monde éclosent facilement quand il s'agit d'une jeune fille, à la mine naïve et dont le ventre prend des proportions inusitées.

Elle vient donc à la consultation de gynécologie de l'hôpital Broca où M. Dartigues l'examine, diagnostique un kyste ovarique et lui conseille formellement d'entrer dans le service.

Examen clinique. — Rentrée dans le service la malade est réexaminée attentivement : on trouve une tumeur volumineuse kystique vraisemblablement développée du côté droit.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire droit indications opératoires.

Le très jeune âge de la malade (18 ans) sa virginité réelle, la possibilité de ponctionner préalablement le kyste par une petite incision abdominale qui en permettra, de plus, l'extraction complète, répétaient toutes les conditions requises pour le procédé esthétique d'incision cruciale de l'abdomen.

Opération. — Le 5 mai 1903, par M. Jayle, chef de clinique. Incision transversale de la peau juste au-dessus, de la symphyse pubienne, l'interstice des grands droits de l'abdomen est assez facilement trouvé, le péritoine est plus facilement ouvert que d'ordinaire parce qu'il n'est pas appliqué immédiatement contre le kyste.

Il y a, en effet, comme un tout petit espace vide entre le kyste d'une part, la symphyse et la paroi abdominale d'autre part.

Le kyste est facilement saisi et maintenu avec une pince de Kocher : on le ponctionne au trocart. On retire 4 litres 1/2 d'un liquide absolument limpide comme il arrive dans les kystes para-ovariques.

La poche est attirée progressivement à l'extérieur : ligature du pédicule avec du catgut Leclerc. Cette ligature est somme toute un peu difficile et ne satisfait pas l'esprit. Le kyste est développé aux dépens des annexes droites.

Du côté des annexes gauches il n'y a absolument rien.

Suture du péritoine par un surjet, suture des muscles droits au moyen de quatre points séparés au catgut, fil de soutien au crin de florence soutennu par des bourdonnets ; surjet au catgut sur la plaie cutanée transversale.

Durée de l'opération 25 minutes.

Suites opératoires. — Le fil de soutien et les bourdonnets sont enlevés le troisième jour. La malade sort de Broca le 23 mai. Elle est revenue vers nous le 2 juin 1903. Nous constatons un excellent résultat esthétique : la cicatrice est droite, mesure 8 centimètres, siège à un centimètre et demi au-dessous de la lisière supérieure des poils du pubis qui ont repoussé et dans l'ombrage desquels elle disparaît.

L'opérée porte une ceinture hypogastrique à pelote transversale. Chez elle, en pressant sur la cicatrice comme chez les malades précédentes, on tombe sur le plan osseux résistant du pubis.

B. — Laparotomie cruciale pour tumeurs volumineuses pelviennes et salpingites adhérentes.

Il est de toute évidence que toutes les laparotomies cruciales, dont l'incision cutanée est uniquement dissimulée dans les poils du pubis, donnent très peu de jour ; et que, si elles suffisent largement pour les kystes de l'ovaire non adhérents, les hystéropexies, les hydrosalpinx et les petits fibromes, elles sont absolument insuffisantes pour l'extirpation des tumeurs solides volumineuses, tels que les gros fibromes et les salpingites adhé-

rentes. Chez ces malades à qui la perspective de la longue cicatrice médiane sous-ombilicale de 12 à 15 centimètres de longueur, est plus que désagréable, nous pouvons pratiquer une laparotomie cruciale dissimulée plus étendue que la précédente, et dont le résultat esthétique est satisfaisant.

Un certain nombre de chirurgiens se sont appliqués à rendre assez facile cette intervention en pratiquant une incision tégumenteuse dissimulée, plus étendue. Nous étudierons cette méthode telle que nous l'avons vue pratiquer à différentes reprises par notre maître M. Cunéo.

Technique opératoire. — Les poils du pubis sont rasés et la face antérieure de l'abdomen désinfectée sur toute son étendue comme dans les opérations précédentes. L'incision que l'on pratique est plus large et a pour but de donner un jour suffisant ou tout au moins égal à celui de la laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'incision cutanée sera nettement concave en haut, dissimulée dans les poils du pubis sur la ligne médiane et se continuant latéralement, à un demi travers de doigt au-dessus du pli inguinal sous le bourrelet adipeux qui le surplombe, plus ou moins, selon les sujets.

Pour rendre cette incision aussi esthétique et aussi symétrique que possible, il est bon avant de la pratiquer de prendre trois points de repaire, l'un médian immédiatement au-dessus de la commissure des grandes lèvres indiquant le sommet de la parabole, et deux latéraux, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade, à l'union de son tiers interne et de ses deux tiers externes indiquant ses deux extrémités. C'est alors qu'on sectionne à fond les téguments superficiels jusqu'à l'aponévrose. On dissèque avec soin toute la couche superficielle cutanée adipeuse en se tenant toujours en contact avec le plan musculo-aponévrotique et en se servant des doigts et du bistouri. Une fois le décollement terminé, on a ainsi un véritable tablier tégumenteux superficiel que l'on relève et que l'on maintient par une soie grosse et longue dont on confie les deux extrémités à un aide.

Cette dissection des couches superficielles ne se fait pas sans

sectionner de nombreux vaisseaux tégumenteux et sans provoquer ainsi une hémorragie toujours abondante. Il est de toute nécessité de pratiquer une hémostase aussi stricte que possible afin d'éviter les hématomes secondaires toujours à craindre et pouvant entraîner des désunions parfois nécessaires. On enveloppe cette vaste surface cruentée d'un champ aseptique, et on pratique enfin, sur la ligne médiane, l'incision des plans musculo-aponévrotiques et du péritoine, comme dans les laparotomies banales.

La paroi est refaite en 3 plans, et la peau suturée soit à la soie n° 0, soit réunie avec des agrafes, après avoir une dernière fois vérifié l'hémostase du lambeau.

Les résultats de cette méthode, au point de vue esthétique, sont toujours parfaits. La partie médiane est toujours voilée par les poils du pubis ; les parties latérales sont toujours un peu plus apparentes ; mais dans la majorité des cas, elles sont dissimulées sous le bourrelet adipeux qui retombe toujours plus ou moins au-dessus d'elles.

Observation 1 (Personnelle). — Grande laparotomie cruciale pour salpingite double. — Mme F..., âgée de 25 ans, opérée pour salpingite double (10 juin 1905).

Salpingite tout probablement d'origine puerpérale. Grosses masses à droite et à gauche, utérus immobile et douloureux.

Incision concave en haut, dissimulée sur la ligne médiane dans les poils du pubis et sur les côtés sous le bourrelet adipeux sus-inguinal. On relève le tablier tégumenteux après avoir libéré sa face profonde et avoir assuré une hémostase aussi complète que possible. Incision musculo aponévrotique et du péritoine sur la ligne médiane. Hystérectomie subtotale. Appendicectomie. Drainage vaginal. Crins superficiels.

Suites opératoires sans incidents.

Revue en juin 1907 Léger écoulement vaginal, cicatrice invisible.

Observation 2 (Personnelle). — Hystérectomie subtotale pour salpingite double. — Mme M..., 27 ans : Opération 11 juillet 1905. Grosses masses annexielles à droite et à gauche.

Incision esthétique à concavité supérieure voilée sur la ligne médiane par les poils du pubis et sur les côtés sous le bourrelet adipeux sus-inguinal. Ponction musculo-aponévrotique et péritonéale sur la ligne médiane.

Hystérectomie subtotale. *Pas de drainage*. Crins. Hématome secondaire nécessitant une colpatomie. Guérison.

Cette malade revue depuis présente une cicatrice très légèrement visible sur les parties latérales.

Observation 3 (Personnelle). — Mme D..., âgée de 40 ans, juillet 1905. — Crise d'appendicite mois de mars dernier. Prolapsus utérin.

Incision cutanée concave en haut, cachée sur la ligne médiane dans les poils du pubis et latéralement se continue au dessus du pli inguinal. Disection des plans superficiels. Hémostate. On relève en haut le plan tégumenteux.

Appendicetomie.

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

On refait la paroi en 3 plans. Suture superficielle au crin.

Colpo-périnéoraphie.

Guérison. Incision invisible.

Observation 4 (Personnelle). — Hystérectomie subtotale pour salpingite double adhérente. — Mlle L..., âgée de 27 ans. Artiste. N° 6, Elisa Roy. Lariboisière. Souffre énormément surtout au moment de ses règles. Demande une incision esthétique, dissimulant autant que possible sa cicatrice.

Au toucher salpingite double avec péri-métrite. Incision asthétique à concavité supérieure, dissimulée sur la ligne médiane dans les poils du pubis et latéralement se continuant sous le bourrelet adipeux sus-inguinal. On décole au doigt recouvert d'une compresse et au bistouri le tablier tégumenteux. Hémorragie assez abondante. Hémostate faite avec soin. Incision du plan musculo-aponévrotique et du péritoine sur la ligne médiane. Hystérectomie subtotale. On refait la paroi en 3 plans. Agrafes superficielles. Drainage vaginal.

Excellentes suites post-opératoires.

La malade vue depuis présente une cicatrice à peu près invisible.

III. — De l'incision esthétique dans les hernies.

L'incision esthétique dans les hernies inguinales et crurales permet de pratiquer une cure radicale par l'intermédiaire d'une incision minime dissimulée au sein du territoire pileux prépubien, M. Morestin est le véritable promoteur de ces incisions.

Pour la première fois il en précisa la technique et en exposa les heureux résultats dans la *Presse Médicale* de 1902 et la *Revue de Gynécologie* de 1905. Il n'a cessé depuis soit à la *Société ana-*

tomique, soit à la *Société de Chirurgie* de préconiser ces incisions et d'en publier de remarquables exemples. Nous avons nous-mêmes pratiqué quelques-unes de ces incisions dissimulées et nous avons toujours obtenu des résultats excellents.

Assurément, plus que tout autre, ces incisions esthétiques sont des incisions d'exceptions, elles n'ont certes pas l'importance pratique des incisions esthétiques dissimulées que nous avons étudiées pour le sein : les exhibitions et les décolletages qui répondent à certaines exigences de la vie mondaine, s'arrêtent d'ordinaire à des limites qu'on est convenu de ne point dépasser. — Néanmoins comme il est de saine logique et de bon goût, de respecter les formes extérieures et de leur conserver toute leur beauté il semble naturel de profiter pour aborder les régions herniaires abdominales inférieures d'une région voisine dans laquelle il est relativement facile de pratiquer des incisions dissimulées. Chez la femme en effet comme chez l'homme, la région prépubienne est recouverte d'une touffe de poils de couleur variable selon les individus et plus ou moins épaisses empiétant sur les régions qu'on se propose d'aborder. Cette voie d'abord, naturellement comme toutes les incisions esthétiques dissimulées en général, est plus complexe que la voie directe mais dans certains cas bien précisés les résultats obtenus sont tout aussi satisfaisants que dans cette dernière et la satisfaction qu'elles procurent dédommage suffisamment de la peine qu'on s'est donnée.

Ce n'est pas à dire que toutes les hernies relèvent de ces incisions. D'abord, elles ne s'appliquent guère qu'au sexe féminin, non pas assurément que la femme doive bénéficier à elle seule de ces sortes d'incisions, mais parce que le peu de jour qu'elles donnent ne permet pas d'aborder avec sécurité une région aussi importante que celle du cordon ; le canal déférent dans certains cas étant si intimement uni et accolé au sac qu'il est nécessaire de disséquer ce dernier, à ciel ouvert et avec la plus grande prudence. Nous verrons néanmoins plus loin le parti qu'on peut en tirer chez l'homme. D'autre part il est des femmes qui par leur profession, leur état social, leur éducation et leur âge, n'ont aucun bénéfice à retirer de l'incision dissimulée. Chez elle le

résultat obtenu ne dédommagerait peut être pas suffisamment de la peine qu'on s'est donnée.

Mais surtout il est certaines hernies qui par leurs caractères intrinsèques ne peuvent pas et ne doivent pas relever de l'incision de Morestin. Ce sont d'une façon générale toutes les hernies qu'on est convenu de considérer comme difficiles.

Ce sont les hernies volumineuses, les hernies par glissement du gros intestin, les hernies à contenu adhérent et irréductible. D'autre part il est certains sujets à parois molles et flasques chez lesquels il est nécessaire de se préoccuper au plus haut point de la réfection complète de la paroi ; l'incision esthétique tout en donnant un jour suffisant dans la majorité des cas serait insuffisante pour refaire complètement une paroi qui ne demande qu'à faiblir. Chez toutes les femmes à parois flaccides et molles l'incision esthétique devra être rejetée.

HERNIES INGUINALES

Les hernies inguinales petites, réductibles, chez les femmes jeunes à parois solides et résistantes sont les véritables types de ces sortes d'interventions. Elles se recommandent et s'imposent même aux incisions de Morestin.

Ces hernies en effet développées dans le récessus péritonéal de Nuck, analogue au recessus vagino-péritonéal de l'homme ne demandent qu'à guérir.

La paroi est solide, l'orifice est petit et à la rigueur une simple ligature placée au niveau du collet du sac comme le fait Wassilieff suffirait peut-être à la cure radicale et à empêcher toute récidive.

La plupart des chirurgiens abordent ces sortes de hernies par l'incision classique de cinq à six centimètres à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crural, en regard du trajet inguinal. Quel que soit le souci qu'on apporte à la réunion de la plaie, la cicatrice se révèle au premier coup d'œil et elle est pour certaines femmes un souci perpétuel.

L'incision que préconise M. Morestin sera courte, ses dimen-

sions ne dépassant pas trois centimètres, régulière et linéaire. Elle sera complètement dissimulée dans le territoire pileux du mont de Vénus, et elle le sera d'autant mieux que ce territoire sera plus fourni et que sa couleur sera plus sombre. En repoussant, les poils envahiront et recouvriront cette cicatrice minuscule et linéaire grâce aux modes de réunion que nous indiquerons plus bas.

Pour aborder les hernies inguinales nous pourrons nous servir de trois incisions que nous pouvons considérer comme esthétiques puisqu'elles réunissent les qualités que nous avons énumérées plus haut, elles semblent de plus répondre à certaines variétés de hernies.

La plus commode, celle que d'une façon générale on peut employer dans tous les cas qui se réclament de l'incision esthétique est celle que le premier a préconisé M. Morestin ; l'*incision médiane verticale et présymphysaire.*

La deuxième, l'*incision horizontale* du même auteur présente les mêmes dimensions que la première elle est également présymphysaire et semble permettre d'aborder la région crurale avec plus de facilité que l'incision verticale. La troisième enfin que nous pouvons appeler « *oblique interne* » pratiquée elle aussi au milieu de la touffe pileuse, semble convenir particulièrement, aux hernies inguinales qui semblent présenter plus de difficultés opératoires, elle donne en effet plus de jour et permet une réfection de la paroi plus complète et plus solide dans les cas où l'on pourrait avoir quelques doutes sur les résultats éloignés.

Incision médiane verticale présymphysaire. — Comme son nom l'indique, cette incision se fait sur la ligne médiane, immédiatement en avant de la symphyse. Sa longueur maxima est de trois centimètres environ et elle aboutit en bas à la commissure antérieure des grandes lèvres. Après l'incision de la peau, le bistouri sectionne d'un seul coup toute l'épaisseur de la masse du tissu cellulo-adipeux qui la sépare des plans profonds. Il est nécessaire d'aller profondément jusqu'au plan résistant. La section du plan superficiel étant faite, la plaie, grâce à la rétraction

du réseau fibro-élastique qui la sillonne, baille largement, et, de linéaire, prend un aspect nettement ovalaire. D'ordinaire le bistouri ne sectionne aucun vaisseau nécessitant l'application de pinces qui rétréciraient et encombreraient forcément le champ opératoire.

Mais cette incision est une incision à distance qui ne permet pas l'abord direct de la lésion qu'on se propose d'atteindre. Pour le faire, il est nécessaire de récliner très fortement en dehors, la lèvre de la plaie correspondant à la hernie et de procéder à un décollement profond des téguments pour l'aborder. Il est nécessaire pour la facilité de l'exécution de se tenir constamment au contact de l'aponévrose. Outre que le décollement en agissant ainsi est plus facile, on évite avec plus de sûreté les branches des vaisseaux honteux externes qui cheminent plus superficiellement. Ce décollement se fait au doigt encapuchonné d'une compresse et avec la pointe des ciseaux qui sectionnent les trabécules fibreuses qui vont se perdre dans les grandes lèvres. C'est ainsi qu'on découvre facilement la face antérieure de la symphyse et l'épine du pubis qui constituent les deux points de repère indispensables. En effet les deux piliers qui limitent par leur écartement l'orifice inguinal externe s'insèrent, l'interne sur la face antérieure de la symphyse, s'imbriquant avec celui du côté opposé, l'externe sur l'épine pubienne. Il est donc facile, après la découverte de ces deux points de repère de trouver le sac herniaire dans leur interstice. Mais pour le bien faire, il est nécessaire d'avoir un aide qui récline très fortement en dehors et en haut avec un écarteur de Farabeuf, la lèvre correspondante. L'orifice apparaît alors limité en haut par les fibres arciformes. Le sac est happé et attiré avec une pince de Kocher. On le dissèque et on le libère progressivement ; souvent il contracte avec le ligament rond des adhérences intimes qu'il est parfois difficile de rompre. Le sac est alors lié et sectionné à sa base comme dans le procédé ordinaire. Le moignon disparaît alors immédiatement au-dessus de l'orifice.

Il ne reste plus qu'à suturer ou plutôt à froncer les deux piliers inguinaux. On le fait au moyen de points séparés au cat-

gut n° 2. D'ailleurs le froncement des piliers n'est point le temps véritablement important de l'intervention.

Dans la très grande majorité des cas en effet, chez ces jeunes sujets la paroi est suffisamment solide. En supprimant le sac, on supprime d'ordinaire la hernie sans crainte de récidive. On fait alors la suture des plans superficiels. Nous avons remarqué comment et pourquoi la plaie avait pris un aspect ovalaire. Il est préférable pour obtenir un affrontement parfait de ces tissus de poser deux ou trois points séparés au catgut n° 0 sur le tissu cellulo-graisseux lui-même, prenant point d'appui sur les travées fibreuses qui sillonnent la région. Ces points suppriment ainsi l'espace mort où la sérosité pourrait s'accumuler. On peut alors suturer la peau avec une petite soie très modérément serrée sans crainte de voir les fils couper.

Comme on le voit, c'est une opération à temps parfaitement réglés, aussi bien réglés que dans la cure radicale des hernies suivant le procédé ordinaire, un peu plus difficile il est vrai, mais qui donne au point de vue esthétique satisfaction complète. La résection du sac est faite plus péniblement il est vrai, mais elle est faite intégralement. Les piliers sont froncés. Que veut-on de plus ?... La cure est aussi parfaite et elle s'agrémente d'une cicatrice imperceptible.

Incision transversale présymphysaire. — Dans certaines hernies inguinales, il a semblé préférable de faire, non pas une incision verticale médiane, mais une incision transversale sur la partie moyenne du mont de Vénus, parallèlement au bord supérieur de la symphyse et ne dépassant pas 4 centimètres. Les points de repère sont les mêmes et le décollement des téguments ne présente aucune particularité. Au point de vue de la facilité d'exécution du procédé et au point de vue esthétique, cette incision ne semble présenter aucun avantage sur la première.

Incision oblique interne. — Il est des hernies inguinales qu'il serait téméraire d'aborder par l'incision minime verticale présymphysaire et dont on peut demander néanmoins une cure esthétique. Ce sont, par exemple, des hernies assez volumineuses et incomplètement réductibles. Dans un cas analogue chez une

jeune fille de 19 ans et fiancée que la perspective d'une cicatrice n'était point sans émouvoir, nous avons pratiqué une incision que nous avons appelée « oblique interne » et complètement cachée dans les poils du pubis. Cette incision commençait à l'angle supérieur et interne du territoire pileux prépubien et descendait obliquement se terminer au niveau de la commissure antérieure des grandes lèvres. Cette incision nous donna un jour suffisant pour réséquer le sac et suturer solidement les piliers. Les poils ont repoussé et recouvrent complètement la cicatrice. Le résultat cherché est actuellement parfait.

Observation personnelle. — Hernie inguinale gauche du volume d'une orange. Cure radicale par l'incision esthétique dissimulée oblique externe. — Mlle L..., âgé de 19 ans. Aucun antécédent :

S'est aperçue d'une grosseur à l'aine droite il y a 3 ans. On lui conseille un bandage qu'elle a porté depuis.

La hernie depuis cette époque a grossi et est devenue douloureuse. Elle présente actuellement le volume d'une mandarine ; elle est complètement réductible.

Cette jeune fille est fiancée et demande avec instance qu'on lui fasse une cicatrice la plus dissimulée qu'il sera possible.

Opération le 30 octobre 1907. — Incision oblique, interne, commençant au niveau de la commissure des grandes lèvres et aboutissant à l'angle supérieur et externe du triangle pileux. Résection du sac. Réfection complète de la paroi.

Actuellement cicatrice de 3 cent. 1/2 absolument invisible dans les poils.

HERNIES INGUINALES BILATÉRALES

Dans les cas de hernies inguinales bilatérales il nous semble plus facile de se servir d'une incision transversale légèrement concave en haut et longue de 3 centimètres et demi au plus. Les deux lèvres de la plaie étant écartées donnent un jour très suffisant, non seulement pour la cure radicale des petites hernies, mais encore pour celles qui présentent un certain volume.

Observation personnelle. — Hernie inguinale bilatérale. — Hélène H..., 23 ans journalière, entrée à Beaujon, Salle Laugier n. 12. — *Antécédents héréditaires.* — Mère bien portante, n'ayant jamais pré-

sentée de hernie. Père mort à l'âge de 56 ans d'un chaud et froid, porteur de varices.

Antécédents collatéraux. — 4 frères tous bien portants. 3 sœurs, dont deux sont atteintes de hernie.

Antécédents personnels. — Nuls, Réglée à 14 ans.

Depuis un an déjà, la malade s'est aperçue qu'il lui poussait une petite boule, dans la région inguinale droite. Depuis cette date l'emploi de journalière de la malade, l'obligeant à de longues stations debout et à des travaux pénibles, cette boule a continué à grossir et l'on trouve à l'examen, au moment où elle entre à l'hôpital une tumeur d'un volume intermédiaire entre celui d'une noix et celui d'une mandarine.

A peine proéminente au début de la journée, cette tumeur augmentait de volume et devenait considérable à la fin de la journée après la marche et les travaux pénibles.

Un mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, cette tumeur indolore jusqu'à ce moment, devient légèrement douloureuse. Les douleurs sont surtout pénibles à la fin de la journée ou après un effort.

Pendant tout ce mois les douleurs augmentent tellement que la malade entre à Beaujon, salle Laugier au lit n. 12, le 28 novembre 1907 pour réclamer nos soins.

A cette date on trouve à l'examen.

Au niveau de l'orifice inguinal droite une tumeur molle, facilement dépressible du volume d'une mandarine.

Si nous faisons tousser la malade, nous voyons la tumeur devenir subitement proéminente et turgescente ; la faisons-nous lever et marcher de suite elle augmente de volume considérablement. A la percussion elle donne un son mat. Essayons-nous de la réduire, nous trouvons qu'elle est *imparfaitement* réductible, une partie de la tumeur restant constamment en dehors du canal inguinal malgré tous nos efforts.

En examinant, l'autre côté, nous trouvons également une légère hernie au niveau de l'orifice inguinal gauche, dont la malade ne s'était pas encore aperçue et dont elle ne souffre nullement.

Cette hernie du volume d'une noix, est facilement réductible, et *entièrement.*

La toux et la marche l'influencent également et nous la voyons grossir sous nos yeux, si nous commandons la malade de faire un effort quelconque.

L'examen de l'appareil digestif ne révèle rien de particulier.

On trouve à l'auscultation des poumons, quelque râle de bronchite disséminée. Une respiration un peu rude au sommet. Le foie et la rate sont normaux.

Les bruits du cœur sont réguliers et l'on y entend aucun souffle.

Nous ne relevons comme signes fonctionnels et généraux que quelques pertes blanches peu abondantes et un amaigrissement général de la malade qui dit avoir perdu beaucoup de son poids en peu de temps.

Cette malade fut opérée le 29 novembre 1907, l'incision fut faite transversale-perpendiculaire à la ligne blanche, en plein territoire pileux prépubien.

Cette incision est légèrement convexe en bas et sa longueur totale est de 5 centimètres de sorte qu'elle est entièrement cachée dans les poils du pubis particulièrement abondants chez cette malade.

Les crins de Florence furent enlevés au 10e jour c'est-à-dire le 9 décembre et au moment où la malade sort de l'hôpital, il n'y a plus qu'une légère cicatrice, quasi invisible, régulière, sans aucun chevauchement ni plis de la peau

A ce moment les poils du pubis qui ont recommencé à pousser la cachent complètement.

Observation 1. — Hernie inguinale gauche (*Revue de gynécologie*, 1905, M. Morestin). — Alice D.., 21 ans, entre le 19 juillet 1903, à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 18, pour une hernie inguinale gauche, datant de l'enfance. Cette hernie descend dans la grande lèvre et forme une saillie comparable au volume d'un gros œuf. Elle est d'ailleurs complètement réductible et peu douloureuse, mais sort dès que la malade est debout. Opération le 22 juillet, selon la technique esthétique. Incision médiane dans l'axe du mont de Vénus.

Libération des téguments vers la lésion. L'épine pubienne est reconnue et aide à découvrir l'anneau inguinal externe. Le sac est trouvé facilement grâce à ses dimensions assez étendues, et sa dissection s'effectue très aisément. Les tractions amènent hors de l'anneau toute la partie intrapariétale du sac et même du péritoine sus-jacents Ligature, résections. Application de quatre points de suture fronçant l'aponévrose du grand oblique et fermant l'anneau inguinal. Suture de la petite plaie cutanée (3 à 4 centimètres) par un plan au catgut très fin rapprochant les masses cellulo-graisseuses et par un plan cutané à la soie 00.

Le 31 juillet, on constate un peu de gonflement du côté opéré dans la région inguinale et la grande lèvre correspondante. Un peu de douleur à la pression dans l'étendue de ce gonflement.

On pouvait craindre que cette tuméfaction ne fut l'indice ou le prélude d'une suppuration qui eut compris et la cure radicale et la cure esthétique.

Cependant l'apyrexie est complète depuis l'opération et l'état général est excellent.

De fait, les choses s'arrangent fort bien spontanément. Le gonflement diminue graduellement et s'efface totalement en peu de jours. Il

s'agissait sans doute d'un petit hématome dont la résorption s'est effectuée sans encombre. Les fils ont été retirés le huitième jour. La malade se lève dans le délai normal, au vingtième jour, et quitte l'hôpital vers la fin du mois d'août, parfaitement guérie.

Observation 2. — Hernie inguinale gauche (*Revue de gynécologie*, 1905. M. Morestin). — Georgette P..., 16 ans, entre le 23 août 1903, à l'hôpital Saint-Louis Isolement n° 29, pour se faire traiter de plusieurs furoncles de la jambe et de la cuisse droites, lesquels furoncles déterminent par surcroît une adénopathie inguinale du côté correspondant. Les furoncles guérissent promptement sous des pansements antiseptiques, l'adénopathie ne suppure point, rétrocède et disparaît.

Cependant, nous constatons chez notre jeune malade la présence d'une hernie inguinale gauche, pour laquelle, depuis trois ans, elle porte bandage.

Cette hernie est réductible, peu volumineuse (petite noix). La jeune fille consent volontiers à se laisser débarrasser de son bandage et guérir de sa hernie.

Je l'opère le 21 décembre, par l'incision esthétique dans l'axe du mont de Vénus. Incision de 3 cent. 1/2. Mise à nu de l'aponévrose. Découverte de l'orifice inguinal et du sac. Dissection de celui-ci. Il est sain, et tellement adhérent au ligament rond, que je me sers de celui-ci comme d'un tracteur pour amener hors de l'anneau inguinal la totalité du canal sérieux. J'étreins ensuite dans une commune ligature péritoine et ligament rond, et les résèque d'un coup de ciseaux au-dessous de cette ligature. Froncement de l'aponévrose du grand oblique par quatre points au catgut. Fermeture de la plaie par deux plans, un profond au catgut, un cutané avec de la soie fine.

Suites très bonnes ; réunion dans le plus court délai. La malade levée au vingtième jour est envoyée en convalescence à Marie-sur-Marne.

Elle a été revue 5 mois après l'opération dans l'état le plus satisfaisant, n'ayant trace de hernie, et la cicatrice était littéralement introuvable.

Observation 3. — Hernie inguinale gauche (*Revue Gynecolog*, 1905. M. Morestin). — Berthe C..., âgée de 14 ans, entre le 1er mai 1904, à l'hôpital Cochin pavillon Velpeau n° 29. C'est une enfant assez chétive, non réglée encore et sujette aux bronchites. Elle est atteinte d'une hernie inguinale gauche, reconnue depuis trois mois seulement. C'est une hernie très simple, non seulement réductive, mais habituellement réduite, et ne se montrant jamais quand la malade est couchée. Elle apparaît seulement dans l'attitude verticale, non pas à la volonté, mais d'une façon très capricieuse pendant la marche ou à l'occasion d'un effort. Elle est alors du volume d'un œuf de pigeon et détermine une gêne assez pénible.

L'opération a lieu le 4 mai. Incision axiale de 3 centimètres. Libération de la lèvre gauche de l'incision. Découverte de l'anneau inguinal en s'aidant du repère fourni par l'épine pubienne. Recherche et traitement du sac.

Froncement de l'aponévrose du grand oblique et suture des piliers par quatre anses de catgut.

Sutures du pannicule adipeux et de la peau.

Rien à noter dans les suites. La guérison est obtenue dans les conditions les plus satisfaisantes et la jeune fille nous quitte au bout d'un mois, se levant déjà depuis plusieurs jours.

Observation 4. — Hernie inguinale droite (*Revue de gynécologie*, 1905. M. Morestin). — Lucie G..., âgée de dix-huit ans, entre le 16 avril 1904 à l'hôpital Saint-Louis, salle Gosselin, n. 15. Son médecin a constaté chez elle, il y quatre ans, l'existence d'une hernie inguinale droite, et en conséquence lui a imposé le port d'un bandage. D'abord soulagée de la gêne qu'elle éprouvait, elle a fini par négliger au bout de quelque temps le port de cet appareil, chaque jour appliqué avec moins de soins et avec des intermittences plus longues. La hernie n'a donc été aucunement contrariée dans son développement ; elle continue à déterminer de la gêne, de la douleur même, revenant par crises à intervalles variables. Elle est du volume d'un œuf de pigeon et parfaitement réductible. Elle se réduit spontanément et ne sort jamais quand la malade est couchée ; elle ne se montre pas toujours dans l'attitude debout, malgré l'effort ou la toux. Il n'y a cependant aucun doute ni sur la nature, ni sur le siège de l'affection.

La malade est opérée le 19 août, toujours d'après les mêmes principes : petite incision verticale, dans l'axe du mont de Vénus, aboutissant à la commissure vulvaire, 3 centimètres en tout ; découverte de l'anneau inguinal et mise à nu des piliers qui sont repérés avec des pinces de Kocher ; prise, dissection et libération du sac ; résection de celui-ci ; après disparition du moignon péritonéal remontant derrière la paroi, froncement de l'aponévrose du grand oblique et accolement des piliers par des anses de catgut portées à l'aide d'une aiguille courbe sous l'écarteur, tirant fortement la lèvre correspondante de la plaie ; finalement, petit surjet au catgut fin pour la suture sous-cutanée de l'incision initiale et sutures cutanées avec la soie très fine.

Les suites sont des plus simples. Les fils de soie sont coupés au huitième jour, et dès ce moment la réunion est parfaite. Aucun incident ne vient troubler la guérison, dès le quinzième jour, la malade est débarrassée de tout pansement ; elle se lève au vingtième et nous quitte le vingt-deuxième dans les meilleures conditions.

HERNIES CRURALES

Il est également facile d'aborder les hernies crurales par ces incisions dissimulées prépubiennes que nous venons de décrire. C'est ainsi qu'on peut se servir de l'incision verticale ou de l'incision tranversale prépubienne. Les téguments sectionnés à fond et l'épine pubienne reconnue comme précédemment le décollement se poursuit directement en bas. Le doigt, coiffé d'une compresse, décolle en bas les téguments et reconnaît la partie interne de l'arcade de Fallope. Il est facile de reconnaître alors le canal crural et le paquet cellulo-graisseux que recouvre le sac. Une pince à griffes introduite dans la profondeur de la plaie le saisit, et petit à petit le dissèque, l'isole et l'attire. Le sac est ouvert, lié et réséqué comme dans les autres procédés.

Pendant qu'un écarteur récline très fortement en bas la lèvre correspondante de la plaie, on procède à la fermeture du canal par trois points séparés au gros catgut en chargeant sur une aiguille courbe l'arcade et le pectiné.

Le plan de clivage dans ce procédé doit se poursuivre en rasant le plan musculo-aponévrotique. C'est le seul moyen de conserver toujours présents ses points de repère et d'éviter une hémorragie qui, sans être abondante, obscurcirait le champ opératoire et contribuerait aussi à rendre plus complexe une intervention qui, sans être difficile, a besoin d'un certain doigté.

Observation 1. — Hernie crurale gauche (*Revue de Gynécologie* 1905 (M. Morestin). — Hernie graisseuse crurale. Le sujet de l'observation est une jeune et jolie femme, actrice d'un des principaux théâtres parisiens. Elle fut prise un jour sur la scène de douleurs assez vives dans l'aine gauche et le bas-ventre. Calmée assez promptement par le repos, ces douleurs reparurent à diverses reprises, laissant dans l'intervalle une sorte de gêne persistante dans la région, sensation rendue plus pénible par la fatigue, les mouvements un peu brusques. Il en résulte une incommodité véritable.

L'examen révèle au-dessous de l'arcade crurale une petite masse arrondie demi-molle, non réductible, légèrement douloureuse à la pression, avec légère impulsion à la toux. Je songe à une formation herniaire, lipome sous-péritonéal avec diverticule de la séreuse, ou petit épiplocèle

non réductible. Il me paraît sage de toute manière de débarrasser la malade de cette lésion gênante.

Le 4 novembre 1904, je procède à l'intervention. L'incision esthétique est ici tout à fait de circonstance. J'incise donc sur la ligne médiane, sur une étendue de 3 centimètres 1/2 juste au-dessus de la commissure vulvaire antérieure. La couche adipeuse du mont de Vénus traversée, le plan aponévrotique reconnu, je décolle vers la gauche, me dirigeant vers l'épine du pubis et l'arcade crurale. Successivement l'épine, l'orifice inguinal externe, l'arcade sont reconnus. L'écarteur de Farabeuf récline et soulève la peau et les graisses sous-cutané. Au dessous de l'arcade, je peux saisir le paquet adipeux où doit se trouver incluse la formation herniaire. Je l'attire doucement plaçant une seconde pince pour aider la première, me servant d'une paire de ciseaux fermés, puis du doigt pour libérer ce paquet, l'isoler. C'est une masse lipomateuse du volume d'une noix. Elle est indépendante du tissu adipeux du triangle de Scarpa, elle offre une disposition piriforme, et son pédicule s'enfonce sous l'arcade dans le canal crural. Je poursuis la libération, tirant avec douceur, mais avec insistance, mobilisant ce pédicule, l'abaissant de manière à poser le plus haut possible une ligature au catgut.

Celle-ci mise en bon lieu, je sectionne au-dessous, et le moignon disparaît dans le canal crural. Un sac herniaire était inclus dans la masse graisseuse.

Ligature de trois artérioles. Sutures perdues étagées au catgut très fin, rapprochant les branches de la plaie périubienne. Sutures cutanées à la soie 000.

Les suites ont été parfaites. Réunion primitive irréprochable. La minuscule cicatrice, d'ailleurs linéaire, est aussi complètement dissimulée que l'on peut le souhaiter. Le sujet est rentré au théâtre, et a pu, sans nul inconvénient, reprendre des rôles très importants.

Observation 2. — Hernie crurale droite (*Revue de gynécologie* 1905, M. Morestin). — Elisa T..., entre le 1er avril 1904, à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, n° 31, pour une petite tumeur douloureuse de l'aine droite. L'affection paraît avoir débuté il y a trois ans. Il existe au-dessous de l'arcade crurale, à la partie interne du triangle de Scarpa, une masse arrondie, à surface lisse, qui forme un léger relief par le soulèvement des téguments intacts. Cette masse se continue profondément par un pédicule qui s'enfonce sous l'arcade crurale. Elle n'est pas réductible. Elle l'était complètement autrefois, mais depuis longtemps elle ne rentre plus. Légère impulsion quand la malade tousse. L'histoire de la maladie aussi bien que les caractères de la tumeur nous font songer immédiatement à une formation d'origine herniaire kyste sacculaire, petite hydro-épiplocèle, lipome herniaire. D'autre part, rien qui doive

faire supposer qu'il s'agisse d'une adénopathie, tumeur unique, porte d'entrée introuvable, longue évolution, siège.

Je me décide à une intervention, réclamée d'ailleurs avec insistance par la malade qui semble éprouver des souffrances véritables principalement éveillées par la marche.

L'opération a lieu le 4 avril. Placé du côté opposé à la lésion, je pratique une incision longitudinale, médiane, dans l'axe du mont de Vénus, incision de 4 centimètres. Après pincement de deux artérioles, la lèvre droite de l'incision est soulevée, disséquée, et la peau décollée jusqu'à la région occupée par la tumeur. Il faut sectionner un certain nombre de tractus fibro-élastiques, pour lui donner de la mobilité. L'écarteur tirant fortement la lèvre correspondante de l'incision, je peux sans trop de difficulté reconnaître l'anneau inguinal, l'arcade crurale, et la tumeur sous-jacente. Celle-ci est saisie par des pinces de Kocher et attirée en dedans. Elle se laisse fort bien isoler des parties environnantes, dont la sépare un tissu cellulaire très lâche.

Elle est constituée par une masse jaunâtre, légèrement lobulée, manifestement graisseuse.

Fendue avec précaution, elle montre dans son épaisseur un petit diverticule péritonéal. Ce lipome herniaire est incisé. Puis la plaie est réunie par deux plans de sutures, un au catgut fin sur les tissus fibro-graisseux, et un cutané à la soie 00.

Les suites sont heureuses. La convalescence n'est troublée par aucun accident, et la malade nous quitte fort bien guérie et très contente le 27 avril.

Nous avons souvent de ses nouvelles. Elle mène une existence très active, sans éprouver jamais la moindre gêne. Quant à la cicatrice, elle est, bien entendu, complètement invisible.

Observation 3. — Hernie crurale gauche (*Revue de Gynécologie*, 1905. M. Morestin). — Alphonsine Q..., femme de chambre, vingt-sept ans, entre le 15 octobre 1903, à l'hôpital Saint-Louis, Isolement n. 20. Elle est atteinte d'une hernie crurale gauche, reconnue depuis un an, hernie du volume d'une petite noix, complètement réductible. L'opération a lieu le 21 octobre. Incision de 4 centimètres dans l'axe du mont de Vénus, aboutissant à la commissure vulvaire. Libération de la lèvre gauche de l'incision ; les parties molles superficielles sont prudemment décollées du plan profond dans la direction de l'arcade et de l'anneau crural. L'épine pubienne est reconnue, puis l'orifice inguinal externe, et au-dessous de l'arcade la dépression correspondant à l'anneau crural. La lèvre correspondante de l'incision cutanée est soulevée par un écarteur de Farabeuf et réclinée fortement. La plaie cutanée se trouve maintenant à peu de distance de l'anneau crural, et la pince à

disséquer, plongée obliquement, saisit le paquet cellulo-graisseux où le sac doit être logé.

Ce sac est aisément reconnu ; il est vide et n'offre extérieurement aucune adhérence.

Sa dissection est facile. Il se laisse attirer, isoler, amener graduellement. Son collet descend suivi du péritoine sus-jacent et c'est en bon lieu, au dessus de l'origine du sac herniaire que la ligature est placée. Une fois le moignon rendu à lui-même, il remonte vivement, et repassant l'anneau crural, disparaît dans la profondeur.

Sutures sous-cutanées rapprochant les tissus cellulo-adipeux du mont de Vénus. Sutures cutanées avec soie et aiguilles très fines.

Suites de la plus grande simplicité, sans aucun incident. Apyrexie complète, réunion primitive.

La malade se lève le vingtième jour. Depuis j'ai eu très souvent de ses nouvelles, je l'ai revue plusieurs fois et récemment encore. Elle ne présente plus aucune trace de sa hernie, et la guérison est complète.

Observation 4. — Hernie crurale droite (*Revue de Gynécologie* 1905 M. Morestin). Mme V. Célestine, entre, le 10 mars 1903, à l'hôpital Saint-Louis. Isolement N° 1, pour une hernie crurale droite peu volumineuse parfaitement réductible. Je l'opère le 14 mars. Incision médiane dans l'axe du mont de Vénus, commençant tout près de la commissure vulvaire antérieure et longue de 3 cent. 1/2 à 4 centimètres. La graisse du mont de Vénus est traversée dans toute son épaisseur ; arrivé sur le pubis, je me porte vers la droite, libérant graduellement la lèvre correspondante de l'incision, détachant du plan profond la couche des parties molles superficielles. L'épine pubienne est reconnue et franchie. Je me crée un passage vers la fosse ovale. Un écarteur de Farabeuf poussé dans cette direction soulève la peau et le pannicule adipeux sous-cutané. Avec la sonde cannelée, puis avec le doigt armé d'une petite compresse en tarlatane je mets à nu l'arcade crurale, reconnais au dessous la dépression où je dois forcément trouver le sac herniaire. Quelques coups de ciseaux sur divers tractus fibro-celluleux, encore quelques pesées de la sonde cannelée et j'aperçois nettement le paquet graisseux qui entoure le sac : je le saisis d'une pince de Kocher, le dissocie doucement et bientôt le sac apparaît. En peu d'instants il est repéré, amené dans la plaie, dépouillé de la graisse, séparé exactement de tout ce qui l'entoure. Le sac vient en totalité, la traction est maintenue douce mais persistante, cependant que la sonde déchire quelques lamelles cellulaires au pourtour de son collet. Le péritoine suit le sac, et forme un infundibulum au-dessus du collet reconnaissable au doigt comme un anneau induré. Une ligature est placée au-dessus de ce collet, puis le pédicule est sectionné au-dessus de cette ligature, et subitement il dispa-

raît, remontant au-dessus de l'arcade. Rien ne saigne, aucun vaisseau à lier.

Suture sur deux plans de la boutonnière prépubienne. Plan profond cellulo-graisseux, plan cutané à la soie fine.

Les suites sont simples et de tout point correctes. Les fils sont coupés le huitième jour, et la malade nous quitte le vingtième jour dans les meilleures conditions

DE LA CURE ESTHÉTIQUE DES HERNIES INGUINALES CHEZ L'HOMME

Avec notre maître, M. Michaux, nous avons essayé de pratiquer quelques incisions esthétiques pour de petites hernies d'origine congénitale chez l'homme. Le nombre de nos observations n'est pas encore suffisant pour que nous puissions établir des indications précises et indiquer une technique opératoire exempte de toute critique. Nous résumerons seulement ici la marche suivie et les résultats obtenus.

En raison de la difficulté opératoire indiscutable qu'entraînent ces sortes d'interventions à cause du voisinage immédiat du sac avec le canal déférent et les vaisseaux spermatiques, on ne devra tenter cette opération que chez des *sujets jeunes et maigres* ayant une paroi solide, le peu de jour que donne cette incision ne permettant pas de refaire rigoureusement une paroi postérieure faible.

Le but qu'on se propose est de pratiquer une incision petite et complètement dissimulée dans le triangle pileux pré-pubien. A cause du voisinage de la racine de la verge, il n'est guère possible de pratiquer l'incision verticale médiane pré-symphysaire ou même l'incision transversale que nous avons étudiée chez la femme. Nous avons adopté la technique suivante :

Le doigt repère avec soin l'orifice inguinal externe. A ce niveau, au sein du territoire pileux rasé et désinfecté comme d'ordinaire, on pratique une petite incision de 2 centimètres 1/2 environ, oblique, en haut et en dehors commençant au niveau de la racine de la verge et aboutissant au niveau de l'angle supérieur et externe correspondant au territoire pileux. Les deux doigts recourbés en crochet et coiffés d'une compresse, dilacè-

rent le tissu cellulaire et dénudent ainsi les piliers de l'aponévrose du grand oblique, circonscrivent l'orifice externe du canal inguinal. Le cordon est libéré et entraîné au dehors de la petite incision. Le sac est disséqué comme dans la méthode ordinaire avec cette différence néanmoins qu'il est indispensable de pousser très loin sa dissection en l'attirant progressivement. On peut alors rétrécir l'orifice inguinal en arrière en passant un gros catgut réunissant l'arcade et le tendon conjoint.

On voit ainsi qu'on ne touche pas à la paroi antérieure. Tout au plus si l'orifice était trop large pourrait-on froncer la partie supérieure de l'orifice avec un catgut n° 1.

Trois agrafes métalliques de Michel suffisent parfaitement à la réunion cutanée.

L'incision, les poils une fois repoussés, est parfaitement dissimulée. Mais cette intervention, vu le peu de jour qu'elle donne, a été uniquement pratiquée chez des sujets jeunes et maigres présentant de petites hernies. La petite incision esthétique, en effet, ne donnant pas un jour suffisant pour la réfection complète et totale de la paroi.

Observation 1 personnelle). — N. 24, salle Marjolin. — M. L.., âgé de 23 ans, ébéniste.

Son père présente une hernie droite. Frère a été opéré d'une hydrocèle.

Le malade a été opéré l'année dernière d'une hernie du côté gauche.

Petite hernie droite apparue il y a six mois. Hernie inguino scrotale, petite et complètement réductible.

Incision oblique de 3 cent. 1/2 de la racine de la verge à l'angle pileux supérieur et externe. — On reconnaît l'épine pubienne. Le cordon est libéré et attiré au dehors. — Le sac est disséqué très haut. La paroi est très solide et ne nécessite aucune réfection. 3 agrafes sont appliquées sur la peau.

Résultat esthétique parfait.

Observation 2 (personnelle). — M. A.., fumiste, 19 ans. Salle Marjolin, n. 42.

Aucun antécédent héréditaire et personnel. Bien musclé.

Hernie gauche inguinale complètement réductible et petite. Incision esthétique.

On place un catgut n. 2 sur le tendon conjoint et l'arcade. Agrafes.

Incision complètement invisible dans les poils.

Observation 3 (personnelle). — M. N..., 43 ans, laitier. Salle Marjolin, n. 32.

Pas d'antécédents.

Hernie gauche petite et complètement réductible.

Incision esthétique. Un point au catgut n. 2 sur la paroi postérieure Agrafes.

Incision parfaitement dissimulée.

CONCLUSIONS

La chirurgie est actuellement parvenue à une période de perfectionnement telle qu'elle permet de tout oser dans des mains exercées...

Alors que les anciens chirurgiens sacrifiaient et subordonnaient tout à la rapidité de leurs interventions, on peut de nos jours prendre quelques aises et se permettre certains luxes, tel celui qui consiste à voiler le plus possible les stigmates de nos opérations. — On respecte ainsi l'intégrité et l'harmonie des formes, au niveau des régions qu'on se propose d'atteindre.

C'est le but poursuivi dans ces dernières années par quelques chirurgiens et M. Morestin en particulier, qui vient de créer tout un nouveau chapitre de technique opératoire : la chirurgie esthétique.

Mais chercher à voiler nos cicatrices autant que possible, ne veut pas dire subordonner à l'esthétique le manuel opératoire. Les différentes incisions esthétiques que nous avons étudiées seront impitoyablement rejetées, toutes les fois que nous aurons un doute sur la possibilité de pratiquer une cure complète, radicale, par les voies indirectes et étroites qu'elle emprunte.

L'incision esthétique en chirurgie est un traitement d'exception. — Elle n'est indiquée que chez certains sujets, chez les femmes jeunes et belles en particulier, présentant surtout des lésions parfaitement limitées, petites et récentes.

Ces restrictions étant posées, nous pouvons dire d'une façon générale que le chirurgien devra toutes les fois que la nature des lésions le lui permettra essayer, tout au moins, de rendre le moins visibles possible ses cicatrices. — Il devra par conséquent

tout en ne perdant pas de vue un seul instant le but curatif qu'il se propose :

1° Limiter la longueur de ses incisions.

2° Dissimuler ses cicatrices dans les cavités et les plis des régions voisines.

3° Rechercher les régions pileuses voisines.

4° S'appliquer à un affrontement aussi rigoureux que possible des lèvres de ses incisions.

5° Perfectionner les moyens de réunion cutanée en employant soit les agrafes de Michel, soit de la soie très fine, soit un petit surjet au catgut.

Ces principes généraux ont été appliqués à quelques interventions sur les régions thoraco-mammaires et abdominales. Nous résumons brièvement l'état actuel de nos connaissances à leur sujet.

A. — *Région thoraco-mammaire.*

Dans toutes les interventions sur le sein, on s'efforcera autant que possible de conserver à la région toute son intégrité et toute sa beauté, en particulier dans l'extirpation des tumeurs bénignes et l'incision des abcès.

a) *Tumeurs bénignes du sein.* — A moins de contre-indications spéciales, les tumeurs bénignes du sein devront toujours être abordées par des incisions dissimulées, à distance, soit dans la cavité axillaire, soit dans le sillon sous-mammaire. — Cette dernière voie tout en étant plus facile et tout en permettant un drainage parfait, donne, au point de vue esthétique un résultat notablement inférieur à celui de l'incision dissimulée dans les poils de l'aisselle.

b) *Abcès du sein.* — Les abcès lymphangitiques superficiels relèvent de l'*incision aréolaire* : ainsi d'ailleurs que les abcès en bouton de chemise, présentant deux collections : l'une glandulaire, l'autre superficielle sous-cutanée.

Les abcès retro-mammaires secondaires ou non aux infections glandulaires relèvent de l'incision dissimulée inter-thoraco-mammaire.

B. — *Région abdominale.*

a) *Appendicite.* — Toute appendicite parfaitement refroidie, chez un sujet jeune et non adipeux, doit être abordée par la petite incision de notre maître, M. Michaux. — Les muscles et les aponévroses seront divisés suivant la direction de leurs fibres et non sectionnés. — Ce procédé offre le double avantage d'une incision esthétique et conservatrice par rapport à la paroi.

b) *Petites tumeurs pelviennes non adhérentes.* — Dans toutes les petites tumeurs non adhérentes du bassin, en particulier dans les kystes de l'ovaire « jeunes, chez des sujets jeunes », et dans les hystéropexies, on se servira avec avantage de la laparotomie cruciale dissimulée dans les régions pileuses prépubiennes, simple, ou modifiée selon le manuel opératoire de Pfannenstiel.

c) *Tumeurs volumineuses pelviennes avec adhérences.* — Dans les tumeurs pelviennes et plus adhérentes tels que certains fibromes et certains kystes, et en particulier dans les salpingites adhérentes, on pourra se servir d'une incision analogue à la précédente mais plus étendue, concave en haut, dissimulée en bas dans les poils du pubis et sur les côtés dans les plis inguinaux ou le bourrelet adipeux qui le surplombe.

d) *Hernies inguinales et crurales.* — Chez la femme, toutes hernies inguinales et crurales petites, non adhérentes, développées sur des sujets jeunes, à parois solides et résistantes, peuvent être abordées par l'intermédiaire d'une incision esthétique, à distance, dissimulée dans le territoire pileux pré-pubien : verticale ou transversale, médiane pré-symphysante ou oblique interne.

BIBLIOGRAPHIE

HIPPOCRATE. — *Œuvres.*

CELSE. — *VII^e livre.*

AMBROISE PARÉ. — *Introduction ou entrée pour parvenir à la vraie cognoissance de la chirurgie.*

DIONIS. — Cours d'opérations de chirurgie (*I^re et II^e démonstration*).

DUPUYTREN. — *Traité des blessures.*

HAEKER. — *Wien medical Woch*, 1885, n° 48.

MORESTIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1902. — Incision rétro-auriculaire.

DOLLINGER. — Cité par Delbet. *Société de chirurgie*, 27 mai 1903.

Laparotomies cruciales.

KUSTNER. — *Der supra symphisan kreutschnitt*, 1897, page 231.

RAPIN. — *Congrès de gynécologie de Genève*, 1896.

DARTIGUES. — De l'incision cruciale cachée par les poils dans les laparotomies médians. *Revue médicale*, 1899.

— *Revue de gynécologie*, 1900.

CARNABEL. — Incision cruciale avec suture transversale (*Société de chirurgie de Bucarest*, page 11, tome II).

MONOD et VAUVERTS. — *Traité de technique opératoire.*

MORESTIN. — *Société anatomique*, 1902. Laparotomies esthétiques dans la cure radiale des kystes de l'ovaire.

ROUSSEAU. — *Thèse*, 1903.

CHAVANNAZ. — Incision de Pfaunenstiel (*Congrès de chirurgie*, 1907).

Hernies.

MORESTIN. — Congrès de chirurgie 1902. *Mémoire sur les incisions dissimulées.*

MORESTIN. — *Revue médicale*, 1903.

— *Congrès de Chirurgie*, 1903.

— *Congrès de Bruxelles*, 1903.
— *Revue de Gynécologie*, 1905.

Chirurgie esthétique thoraco-mammaire.

Morestin. — *Congrès de chirurgie* (Paris, 1902).
— De l'ablation esthétique des tumeurs bénignes du sein (*Presse médicale*, 1902).

Sutures esthétiques et agrafes métalliques.

Ghassaignac. — *Société de chirurgie*, 1851.
Dupont. — Des sutures en général (*Thèse Paris*, 1853).
Pozzi (S.). — *Société de chirurgie* (1804).
Commandeur. — De la suture intra-dermique (*Archives provinc. de chirurgie*) (1896).
Paul Michel. — *XIII*e *Congrès international de médecine*. Section de chirurgie, 1900 (Paris).
— *Revue illustrée de polytechnie méd. et chirurg.* (Paris, 1900). Nouveau procédé de sutures et instrument pour agrafage de la peau.
Michaux. — *Société de chirurgie*, 1900. Sur un nouveau procédé de suture cutanée par agrafe métallique.
— *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1901. Nouveau mode de suture par agrafage de la peau (Rapport de M. Berger).
Chaput. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1902. Les agrafes de Michel en chirurgie abdominale.

Vu :
Le Président de la thèse,
P. SEGOND.

Vu :
Le Doyen,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PRÉFACE 1
HISTORIQUE 3
DE L'ESTHÉTIQUE EN CHIRURGIE 5
PREMIÈRE PARTIE. — *Chirurgie esthétique thoraco-mammaire* . 13
Sein 13
I. — Tumeurs bénignes du sein 17
II. — Abcès du sein 31
DEUXIÈME PARTIE. — *Chirurgie esthétique abdominale* 39
I. — Des incisions petites dans l'appendicite (procédé de M. Michaux). 39
II. — Laparotomies dissimulées 44
A. — Des incisions esthétiques dans les laparotomies médianes sous-ombilicales (Incision cruciale de Kustner-Segond) 44
Incision de Pfannenstiel 48
B. — Laparotomie cruciale pour tumeurs volumineuses pelviennes et salpingites adhérentes 52
III. — De l'incision esthétique dans les hernies. 55
Hernies inguinales 57
Hernies inguinales bilatérales. 61
Hernies crurales 66
De la cure esthétique des hernies inguinales chez l'homme. 70
CONCLUSIONS 73
A. — Région thoraco-mammaire. 74
B. — Région abdominale 75
BIBLIOGRAPHIE 77

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.